

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Martina Pitnerová

**Výskyt typů narušené komunikační schopnosti u dětí
s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Dana Buntová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Martina Pitnerová

**Occurrence of sorts of children with communicative skill
disturbed and intellectual handicap at the Elementary Special
School in Blansko**

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Dana Buntová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 2. 3. 2013

Martina Pitnerová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Daně Buntové, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce pojednává o typech narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmů mentální retardace, narušená komunikační schopnost, kde jsem charakterizovala jednotlivé typy vyskytující se u dětí s mentální retardací. Cílem práce je zmapovat výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko.

Klíčové pojmy

Děti, dotazníková šetření, klasifikace, komunikace, mentální retardace, narušená komunikační schopnost, řeč, základní speciální školy.

Annotation

My bachelor work is about sorts of children with communicative skill disturbed and intellectual handicap. I defined names as intellectual handicap and communicative skill disturbed in the theoretical part. I described sorts of these names of children with intellectual handicap. The object of my work is the portfolio of occurrence of children with communicative skill disturbed at the Elementary Special School in Blansko.

Key words

Classification, communication, communicative skill disturbed, elementary special school, children, intellectual handicap, questionnaire research, speech.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	10
1.1 Příčiny mentální retardace	11
1.2 Klasifikace mentální retardace.....	12
1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace.....	13
2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH.....	17
2.1 Klasifikace narušené komunikační schopnosti	18
2.2 Komunikační schopnost a řeč u mentálně retardovaných	18
2.3 Typy narušené komunikační schopnosti vyskytující se u dětí s mentální retardací.....	21
2.4 Organizace logopedické péče v České republice.....	31
3 VÝSKYT NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DĚTÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ NA ZÁKLADNÍ SPECIÁLNÍ ŠKOLE BLANSKO	35
3.1 Vymezení průzkumného problému.....	35
3.2 Cíl průzkumu	35
3.3 Průzkumné otázky.....	36
3.4 Harmonogram postupu	36
3.5 Metody průzkumu.....	37
3.6 Průzkumný vzorek	37
3.7 Průběh průzkumu	42
3.8 Analýza dat.....	42
4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	51
ZÁVĚR.....	54
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	56
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	59
SEZNAM PŘÍLOH	60

ÚVOD

Komunikace je velmi důležitá v životě každého člověka. Pomocí komunikace jedinec projevuje své pocity, vůli, přání a myšlenky. Člověk pro komunikaci s ostatními musí mít dobře rozvinutou komunikační schopnost.

Ke komunikaci používáme různých výrazových prostředků. Ty mohou být buď verbální (slovo mluvené nebo psané), či neverbální (gesta, posunky, mimika, postoje).

Velmi důležitou roli v životě dítěte hrají rodiče, kteří ovlivňují vývoj řeči u dítěte již od narození. Již v předřečovém období by měli rodiče, zejména matka, věnovat mentálně postiženému dítěti odpovídající péči. Rodiče by měli být svému dítěti řečovým vzorem. Dítě totiž zkoumá a poznává své okolí hlavně prostřednictvím řeči.

U mentálně postiženého jedince je komunikační schopnost značně narušena. Narušená komunikační schopnost negativně ovlivňuje citové či volní vlastnosti mentálně postiženého jedince. Mentálně postižení jedinci s narušenou komunikační schopností většinou trpí sníženým sebevědomím, nejistotou. Důležitá je včasná diagnostika a následná logopedická péče.

Téma této bakalářské práce zní: „Výskyt typů narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko“. Téma jsem si zvolila, proto, že jsem nikde v našem okrese Blansko nenašla žádné informace o výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na základní speciální škole. Jelikož moje kamarádka má mentálně postiženou dceru Adélu a každý den ji vozí do Základní speciální školy Blansko, poprosila jsem ji o kontakt na třídní učitelku Adély.

Od toho se odvíjí i cíl mé bakalářské práce, a to zmapovat výskyt typů narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko.

Bakalářská práce je rozdělena do tří kapitol. Dvě kapitoly se věnují teoretické části a třetí je část průzkumná. Teoretická část se v první kapitole věnuje mentální retardaci, příčinám, klasifikaci a charakteristice stupňům mentální retardace. Ve druhé kapitole se věnují narušené komunikační schopnosti, klasifikaci narušené komunikační schopnosti, komunikaci a řeči u mentálně postižených, nejčastějším typům narušené

komunikační schopnosti vyskytující se u dětí s mentální retardací a organizaci logopedické péče v České republice.

Třetí kapitola se zaměřuje na průzkum. V této kapitole chci zmapovat výskyt typů narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko.

Zvolila jsem metodu kvantitativního průzkumu, ta se opírá o výsledky dotazníků, které byly rozdány do šesti tříd na Základní speciální škole Blansko třídním učitelům. Popíši zde metodu průzkumu, průběh průzkumu a ze získaných dat vyhodnotím závěry.

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace je často se vyskytující postižení, které má různou variabilitu klinického obrazu, což do určité míry vyjadřuje i variabilita definic.

Thorová (2007, s. 26) píše, že: „*Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Adaptivními schopnostmi máme na mysli schopnost člověka jednat samostatně na úrovni svého věku a v rámci dané kulturní normy. Poznávací, řečové, pohybové a sociální dovednosti, jejichž úroveň lze měřit standardizovanými psychometrickými testy, jsou oproti průměru výrazně sníženy. Lidé s MR mají potíže s adaptací a flexibilitou myšlení.*“

Bazalová (2006) definuje, že mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti – tělesné, duševní, sociální. Nejvýraznějším rysem mentální retardace je trvale porušená poznávací schopnost, projevující se především v procesu učení. Možnost výchovy a vzdělávání závisí na stupni postižení. Jako zastaralý název pro mentální retardaci se používá oligofrenie nebo slabomyslnost.

Valenta, Müller (2003, s. 14) uvádí, že: „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“

Navzdory určité variabilitě nacházíme hlavní body uvedených definicí.

Osoba, která má diagnostikovanou mentální retardaci, musí podle Thorové (2007) splňovat tato tři kritéria:

1. úroveň rozumových schopností je pod úrovní 70 bodů
2. osoba musí mít na dané vývojové úrovni problémy s přizpůsobením se nárokům běžného života
3. jde o poruchu vrozenou, která je u osoby již od dětství, a při správné diagnóze dojde ke zlepšení jen v rámci základního handicapu

Podle Slowíka (2010) bývá jako mentální retardace označováno vrozené mentální postižení, které je způsobené poškozením mozku dítěte před narozením, nebo během porodu, eventuálně do konce druhého roku po narození.

„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnostem vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“ (Švarcová, 2006, s. 28)

„V obecné rovině je ještě nutno poznamenat, že u mentální retardace nejde jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny.“ (Valenta, Müller, 2003, s. 39)

1.1 Příčiny mentální retardace

Švarcová (2006) uvádí, že příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, vznikající důsledkem strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.

Podle Thorové (2007) se mentální retardace vyskytuje u většiny lidí v rámci nějaké metabolické, neuromuskulární neurodegenerativní či chromozomální poruchy.

Švarcová (2006, s. 61) píše, že: *„K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí.“*

Podle Bazalové (2006) může mentální retardace vzniknout ve třech obdobích:

- prenatalním (období před narozením dítěte) – jde zejména o infekce matky během těhotenství, její špatnou výživu, působení záření a toxických látek (alkohol, drogy), kouření, úrazy matky v těhotenství
- perinatálním (v období porodu a bezprostředně po něm) – jde zejména o hypoxii (nedostatek kyslíku) přidušení plodu, porod může být dlouhotrvající
- postnatálním (období po porodu do 2 let věku dítěte) – jde o infekce novorozeněte, zánět mozku, špatnou výživu a úrazy

Velkou roli zde hraje i dědičnost a specifické genetické příčiny (chromozomální aberace). Lehká mentální retardace vzniká důsledkem zděděné inteligence a vlivem rodinného prostředí. (Bazalová, 2006)

Podle Švarcové (2006) může mít mentální retardace příčiny endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Příčiny vnitřní jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk,

vzniká nový jedinec a jedná se o příčiny genetické. Vnější příčiny mohou působit od početí, v období gravidity, během porodu, poporodním obdobím a v raném dětství. Mentální postižení často vzniká na základě kombinace polygenně podmíněného nižšího nadání, výchovné nepodnětnosti či zanedbanosti. Bývají to děti podobně postižených rodičů, jejichž intelektová i vzdělanostní úroveň je nízká a podnětnost rodinného prostředí je nedostatečná. Jedná-li se o výzkum příčin mentální retardace, tak ten není zdaleka ukončen.

1.2 Klasifikace mentální retardace

Hloubku mentální retardace je možno diagnostikovat pomocí inteligenčního kvocientu, který zároveň vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V České republice se ke klasifikaci mentální retardace používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace (SZO, WHO). Podle této klasifikace Zvolský (1996 In: Pipeková 2006) rozlišuje:

A) Druh postižení

F 70-79 Mentální retardace

B) Stupeň postižení

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

F 78 Jiná mentální retardace – Stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení a pro těžké poruchy chování a autismus.

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace – Stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, také pro poruchy chování a autismus.

C) Typ postižení

- Eretický (nepokojný, dráždivý, astabilní)

- Torpidní (apatický, netečný, strnulý)
- Nevyhraněný

„Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence.“ (Švarcová, 2006, s. 31)

Nejpoužívanějším a nejznámějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, který zavedl W. Stern. Tento inteligenční kvocient vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni a mezi chronologickým věkem.

Švarcová (2006) uvádí, že význam výpočtu inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince.

1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace

„V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně.“ (Švarcová, 2006, s. 33)

Vliv na lehkou mentální retardaci má dědičnost, sociokulturní deprivace, nedostatek stimulace. Projeví se do 3 let lehkým opožděním, nebo zpomalením psychomotorického vývoje. Mezi třetím a šestým rokem se projevují nápadnější problémy: malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikačních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. K výraznějším problémům v období školní docházky patří: konkrétní mechanické myšlení, slabší paměť, omezená schopnost logického myšlení, vážne analýza a syntéza, bývá lehce opožděna jemná a hrubá motorika, porucha pohybové koordinace. Zpomalen bývá rozvoj sociálních dovedností, ale v sociálně nenáročném prostředí nemusí nastat potíže. V oblasti emocionální se projevuje zejména afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. Pro socializaci má velký význam rodinné prostředí a výchovné působení. Osoby s lehkou mentální retardací se vzdělávají podle

odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole praktické, nebo mohou integrovat do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace. Často zvládnou i jednoduché učební obory či zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech. K nejčastěji navštěvovaným školám patří školy praktické a odborná učiliště. Mnoho dospělých s lehkou mentální retardací je schopno pracovat a úspěšně udržovat sociální vztahy. 80% mentálně retardovaných lidí trpí lehkou mentální retardací a z celkového počtu populace je to 2,6% (Bazalová, 2006).

U jedinců s lehkou mentální retardací se mohou individuálně a v různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus, další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování a tělesná postižení (Švarcová, 2006).

Středně těžká mentální retardace

„U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené.“ (Švarcová, 2006, s. 34)

U osob se středně těžkou mentální retardací lze zjistit organickou etiologii, často se vyskytuje epilepsie, autismus a další neurologické a tělesné potíže. Somatické vady se objevují jen zřídka. Rozvoj řeči a myšlení bývá výrazně opožděn, toto opoždění přetrvává až do dospělosti. Řeč bývá jednoduchá, slovník obsahově chudý, často se vyskytují agramatismy. Osoby se středně těžkou mentální retardací tvoří jednoduché věty nebo slovní spojení. Někdy používají pouze nonverbální komunikaci. Mají slabou schopnost kombinace a usuzování. Zpomalen bývá vývoj jemné a hrubé motoriky, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkolů. Samostatnost v sebeobsluze bývá mnohdy pouze částečná. Emocionální labilita, nepřiměřené afektivní reakce. Osoby se středně těžkou mentální retardací jsou neschopny většinou úspěšně a samostatně řešit náročnější situace, i když některé se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti. Vzdělávají se nejčastěji v základní škole speciální, nebo mají možnost integrovat se do běžné základní školy, pokud jsou splněny všechny podmínky k integraci. Osoby se středně těžkou mentální retardací se vzdělávají podle odpovídajícího učebního programu. Také mohou absolvovat výuku ve škole praktické. Vyžadují jednoduché pracovní zařazení pod

dohledem, nebo v chráněném prostředí. Výskyt v celkovém počtu osob s mentální retardací 12% a v populaci 0,4% (Bazalová, 2006).

Zpravidla osoby se středně těžkou mentální retardací bývají plně mobilní a fyzicky aktivní, většina prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu a ke komunikaci s druhými lidmi a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. U osob se středně těžkou mentální retardací bývají podstatné rozdíly v povaze schopností. Některé osoby dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, jiní bývají značně neobratní, ale schopni sociální interakce a komunikace (Švarcová, 2006).

Těžká mentální retardace

„Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy.“ (Švarcová, 2006, s. 35)

U osob s těžkou mentální retardací rozlišujeme negenetickou (poškození zárodečné buňky, malformace centrální nervové soustavy, infekce) a genetickou etiologii. Tyto osoby mívají výrazně opožděn psychomotorický vývoj již v předškolním věku. Osoby s těžkou mentální retardací trpí značnou pohybovou neobratností a dlouhodobým osvojováním koordinace pohybů. Vyskytují se somatické vady a objevují se příznaky celkového poškození centrální nervové soustavy. Některé osoby se naučí osvojit základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy, ale některým se to nepodaří ani v dospělosti. Trpí poruchami pozornosti, omezení psychických procesů. Řeč bývá u těchto osob jednoduchá, jde o jednoduchá slova. Rozvoj komunikačních dovedností bývá minimální, někdy se řeč nemusí vyvinout vůbec. Bývají impulzivní, trpí nestálostí nálad a mají narušenou afektivní sféru. Osoby trpící těžkou mentální retardací sice poznávají blízké osoby, ale vyžadují celoživotní péči. Vzdělávají se na základní škole speciální podle odpovídajícího učebního programu. Výskyt v celkovém počtu osob s mentální retardací 7% a v populaci 0,3% (Bazalová, 2006).

Možnosti výchovy a vzdělávání u osob s těžkou mentální retardací bývají často omezené, zkušenosti však ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná, vzdělávací péče může vést k rozvoji jejich motoriky,

rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a k celkovému zlepšení kvality jejich života (Švarcová, 2006).

Hluboká mentální retardace

„Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět.“ (Švarcová, 2006, s. 36)

Většinou lze určit organickou etiologií. Osoby s hlubokou mentální retardací trpí těžkým omezením motoriky, stereotypními automatickými pohyby. Projevuje se kombinace hluboké mentální retardace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami. U většiny osob s hlubokou mentální retardací nastává porušení afektivní sféry, neschopnost sebeobsluhy, poškození zrakového a sluchového vnímání, dochází k sebepoškozování. Rozumí pouze jednoduchým požadavkům. Používají nonverbální komunikaci (výkřiky, grimasy). Nepoznávají své okolí. Osoby s hlubokou mentální retardací se nedožijí vysokého věku. Výskyt v celkovém počtu osob s mentální retardací 1%, v populaci 0,2% (Bazalová, 2006).

Jiná mentální retardace

Tato kategorie se používá jen tehdy, pokud je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné či nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, například u osob nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem a těžce tělesně postižených osob (Švarcová, 2006).

Nespecifikovaná mentální retardace

Sem patří mentálně retardovaní jedinci, o jejichž postižení nemáme dostatek informací. A proto nemohou být zařazeni ani do jedné ze shora uvedených kategorií. (Švarcová, 2006).

2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH

Vzhledem k tomu, že jednotlivé typy narušené komunikační schopnosti, které se vyskytují u osob s mentálním postižením, se vyskytují i u osob bez mentálního postižení, tak uvedeme následovnou všeobecnou charakteristiku jednotlivých typů narušené komunikační schopnosti.

„Komunikační schopnost jednotlivce je narušená tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.“ (Lechta, 1990, s. 19)

Lechta (1990) uvádí, že může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu jazykových projevů, může jít o verbální a neverbální, mluvenou a grafickou formu interindividuální komunikace, popřípadě o její expresivní a receptivní složku.

„Narušení komunikační schopnosti může být trvalé (obvykle při těžším orgánovém poškození) nebo přechodné (mj. při většině dyslálií). Narušená komunikační schopnost se může projevovat jako vrozená vada řeči nebo jako získaná porucha řeči.“ (Lechta, 2003, s. 18)

Klenková (2006) píše, že narušená komunikační schopnost může vzniknout na základě příčiny orgánové či funkční.

Při diagnostikování narušené komunikační schopnosti musíme dle Lechty (2003) brát v úvahu různá kritéria: vývojová, fyziologická, lingvistická a komunikačního záměru. Narušenou komunikační schopnost můžeme zkoumat, analyzovat a posuzovat z hlediska: způsobu komunikování, průběhu komunikování, časového, klinického obrazu, etiologického, rozsahu, uvědomění si a manifestace.

Podle Lechty (2003) se může narušená komunikační schopnost objevit i ve sféře symbolických procesů ve zvukové nebo nezvukové dimenzi, ale i ve sféře nesymbolických procesů, jak ve zvukové, tak i v nezvukové dimenzi. Narušená komunikační schopnost jednotlivce má mnoho dimenzí, a proto ji můžeme zkoumat z většího počtu aspektů.

2.1 Klasifikace narušené komunikační schopnosti

V odborné literatuře a v logopedické praxi je od 90. let minulého století používána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro to které narušení nejtypičtější – symptomatická klasifikace, kterou uvedl Lechta (1990, 2003). Narušenou komunikační schopnost dělí Klenková (2006) do 10 základních kategorií:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, patolalie)
5. narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči

Dále se budeme v této teoretické části zabývat komunikační schopností a řečí u mentálně retardovaných a charakterizovat ty typy narušené komunikační schopnosti, které se nejčastěji vyskytují u dětí s mentální retardací a jsou předmětem našeho průzkumu.

2.2 Komunikační schopnost a řeč u mentálně retardovaných

Podle Dvořáka (1998) **komunikace** (communicatio) – znamená přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů, zejména prostřednictvím jazyka, nebo výměnu informací, sdělování či dorozumívání a realizuje se ve formě mluvené, písemné či ukazované.

„Řeč je schopnost používat sdělovacích (výrazových) prostředků. Lze předpokládat, že jsou různé stupně používání i různý vzájemný poměr mezi vnímáním,

pamatováním, chápáním a vybavováním výrazových prostředků. Existují i různé stupně sdělování – vázané na fylogenetický i ontogenetický vývoj.“ (Sovák, 1978, s. 287)

Řeč – je forma sdělování a dorozumívání založená na používání slovních (mluva, písmo), či neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace (Dvořák, 1998).

Lechta (2002, s. 75) píše, že: „*Řeč dětí s mentální retardací je obvykle tak výrazně narušená, že v odborné literatuře evidujeme dokonce pokusy terminologicky vyčlenit poruchy řeči těchto dětí z ostatních řečových poruch.*“

Hlavním znakem mentální retardace je podle Lechty (2002) narušený vývoj řeči. Jde o omezený vývoj řeči, protože řeč se u těchto dětí většinou od narození rozvíjí pomalu, deformovaně a ani později již nedosáhne obvyklé úrovně. Vývoj řeči závisí na stupni sníženého intelektu.

Thorová (2007) uvádí, že zhruba 25% dospělých trpících mentální retardací neumí smysluplně používat řeč.

Slowík (2010) konstatuje, že využití běžné řeči je v komunikaci s mentálně postiženým někdy velmi komplikované a v některých případech dokonce nereálné. Potom je pro vzájemné porozumění nutné najít jinou přiměřenou a vhodnou cestu. Takovou možnost nabízí komunikace alternativní (náhradní) nebo augmentativní (doplňková) komunikace (jde o znakový jazyk neslyšících, znak do řeči, piktogramy, bliss, makaton, dotykové dorozumívací systémy, metoda bazálního dialogu, facilitovaná komunikace). Cílem této komunikace je umožnit handicapovaným lidem plnohodnotnou integraci do společnosti.

Řeč u mentálně retardovaných dětí bývá značně narušena. Vývoj řeči u mentálně retardovaných dětí je opožděný. U takového dítěte je omezená zvuková, gramatická či obsahová stránka řeči. Důležitá je včasná diagnostika. U mentálně retardovaných dětí nastupuje vývoj řeči později, protože záleží na stupni, typu či formě mentální retardace (Klenková, 2000).

Sovák (1978) srovnává řeč u mentálně retardovaných osob podle mentálního postižení. Lehce mentálně postižení jedinci většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě. Osoby s lehkou mentální retardací mají specifické problémy se čtením a psaním. S jedinci s lehkou mentální retardací se obvykle dorozumíme bez větších problémů běžnou řečí. Vyjadřují se jednoduše, ne vždy

gramaticky správně. Většinou mají menší aktivní i pasivní slovní zásobu, to znamená, že složitějším sdělením nemusejí správně porozumět. Často kopírují ustálené výroky a fráze, které slychávají v blízkém okolí.

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je výrazně opožděn vývoj chápání a užívání řeči. Někteří jedinci jsou schopni osvojit si základy čtení, psaní a počítání. Úroveň rozvoje řeči bývá variabilní. Některé osoby s tímto mentálním postižením jsou schopny vést jednoduchou konverzaci, zatímco jiné dokáží stěží hovořit o svých základních potřebách a některé se nenaučí mluvit vůbec. Osoby se středně těžkou mentální retardací disponují velmi omezenou slovní zásobou.

Jedinci s těžkou mentální retardací se běžnou řečí domluví jen stěží. V ojedinělých případech jsou schopni komunikovat pomocí několika jednotlivých slov, častěji se snaží dorozumět neartikulovanými zvuky, dotyky, gestikulací, ukazováním na předměty. Využívají alternativní metody komunikace.

U dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací se řeč nevyvíjí a nedokáží projevit svoje potřeby nebo city. Vydávají jen neartikulované zvuky, neprojeví se ani přiměřená mimika a neverbální komunikace. U dětí se střední mentální retardací se řeč rozvíjí až kolem 6. roku života. Jejich řeč může někdy dosáhnout úrovně první signální soustavy. Mívají schopnost mechanicky zopakovat někdy i delší řečové celky, aniž by rozuměly, o čem mluví. Mají dobře vyvinuté napodobovací schopnosti a s tím souvisí i častá echolálie. Děti se střední mentální retardací se naučí dorozumívat se svým okolím. Začátky vývoje řeči jsou opožděné o rok a více. Mohou se dostat až na úroveň druhé signální soustavy. U dětí s lehkou mentální retardací mohou být verbální schopnosti v každodenních, běžných komunikačních situacích dostačující, takže jejich řeč nemusí být mimořádně nápadná (Lechta, 2002).

U mentálně retardovaných dětí podle Klenkové (2000) vznikají poruchy a vady řeči na základě snížené mentální úrovně a působí zde:

- opoždění zejména v motorickém vývoji,
- také nedostatečná motorická koordinace,
- velmi časté poruchy sluchu,
- nepodnětné či zanedbávající prostředí,
- různé anomálie mluvních orgánů.

Pro celkový vývoj dítěte s mentální retardací vzhledem k jeho schopnostem a možnostem je důležitá včasná diagnostika a výběr vhodných terapeutických metod. Diagnostiku provádí klinický logoped na základě vyšetření klinického psychologa. Logopedická péče spočívá v nácviu elementárních neverbálních a alternativních komunikačních technik. S logopedickou péčí je nejlepší začít ještě v předškolním nebo mladším školním věku (Škodová, Jedlička, 2003).

2.3 Typy narušené komunikační schopnosti vyskytující se u dětí s mentální retardací

Dále se budeme věnovat určitým typům narušené komunikační schopnosti vyskytující se u dětí s mentální retardací, tak, jak jejich výskyt uvádí Lechta (2002).

OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI

Opožděný vývoj řeči má různé příčiny opoždění, které je nutné hledat. Vhodné je podle Klenkové (2006) provést diferenciální diagnostiku a zajistit odborná vyšetření, která vyloučí sluchovou vadu (nedoslýchavost), vadu zraku, poruchu intelektu, vady mluvních orgánů, orofaciální rozštěpy, akustickou dysgnozii, autismus, autistické rysy.

O opožděný vývoj řeči se jedná tehdy, nemluví-li dítě ve třech letech, nebo mluví méně než ostatní děti v tomto věku.

Škodová (2003) uvádí mezi příčiny opožděného vývoje:

- Biologické příčiny – kde jde o opožděné vyvržení centrální nervové soustavy, dědičnost, která hraje roli hlavně u mužských potomků a různá lehká neložisková poškození centrální nervové soustavy.
- Sociální příčiny: zde jde zejména o patologii výchovného prostředí.

Lechta (1990) rozděluje opožděný vývoj řeči z hlediska průběhu vývoje:

- Opožděný vývoj řeči prostý – jedná se o opoždění v oblasti řečového projevu. Příčinou u tohoto opožděného vývoje bývá opožděné vyvržení centrální nervové soustavy, špatný výchovný vliv a lehká porucha sluchu. Nejvíce je narušena obsahová stránka řeči, jde o malou slovní

zásobu. Po zlepšení obsahové stránky řeči bývají příznaky zřetelnější ve stránce formální.

- Omezený vývoj řeči – příčinou bývá těžší porucha sluchu a mentální postižení. Opožděná řeč se u zmíněných osob projevuje výrazněji. Nejvíce je porucha znát v chápání významu slov. Jedná-li se u dítěte o těžkou poruchu sluchu, je narušeno tempo, rytmus a melodie řeči. Důsledkem je špatně srozumitelná řeč, i když má dítě dostatečně vyvinutou slovní zásobu.
- Přerušovaný vývoj řeči – dochází k němu například po úrazech, nádorových onemocněních mozku a při těžkých psychických traumatech. Po odstranění příčiny je možné dosáhnout normy řeči.
- Scestný vývoj řeči – v některé z řečových rovin dochází k odchylce od normy. Jde o vadnou artikulaci, kterou provází vývojová orgánová anomálie (organické poškození mluvidel).

Opožděný vývoj řeči se může projevit pouze lehkými odchylkami od normy až po úplnou nemluvnost.

- Fyziologická nemluvnost – jedná se o dobu před prvním rokem, kdy dítě přichází přípravnými předřečovými stádii vývoje řeči.
- Prodloužená fyziologická nemluvnost – pokud dítě nezačne mluvit do konce třetího roku života, nemusí jít o vývojovou poruchu řeči. Je zde nutné provést kompletní vyšetření.
- Vývojová nemluvnost – jde o vývojovou poruchu řeči, je patologická. Nemusí jít o úplnou nemluvnost. Musíme vždy ale rozlišit vývojovou nemluvnost od získané nemluvnosti.

DYSLALIE – Patlavost

Dyslalie je porucha artikulace, kdy bývá narušena výslovnost jedné hlásky či skupiny hlásek rodného jazyka. Dyslalie spočívá v neschopnosti nebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace na základě zvyklostí a jazykových norem daného jazyka (Klenková, 2006).

Balašová (2003) dyslalii označuje jako vývojovou poruchu, která vzniká během vývoje výslovnosti a přetrvává do 5. až 6. roku života dítěte.

Dyslalii Klenková (2006) rozděluje podle toho, zda je funkční - mluvidla bývají bez poruchy, jedná se o typ motorický či sensorický, nebo organická, která je podmíněná a bývá způsobena nedostatky a změnami na mluvních orgánech.

Organické příčiny jsou způsobeny určitými změnami, nedostatky na mluvních orgánech nebo poruchou centrální nervové soustavy.

Organické příčiny podle Klenkové (2006) dělíme:

- Vnitřní – poruchy sluchu, nedostatečná diskriminace zvuků, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy, kognitivně-lingvistické nedostatky.
- Vnější – psychosociální vlivy, kterými jsou dědičnost, vliv prostředí, poruchy analyzátorů (narušené zrakové či sluchové vnímání), nedostatek citů, poškození dostředivých či odstředivých nervových drah, poruchy centrálního nervového systému, poruchy řečového neuroefektoru.

Škodová, Jedlička (2003) dělí orgánovou dyslalii podle místa poškození:

- Akustickou – poruchy a vady zvuku.
- Centrální – poruchy centrální nervové soustavy.
- Dentální – defekty zubů, předkus, mezera mezi předními zuby.
- Labiální – defekty rtů, obrna lícního nervu.
- Palatální – anomálie patra.
- Linguální – anomálie jazyka.
- Nazální – narušení nazality, jak uvádí Klenková (2003).

Funkční příčiny se vyznačují správnou funkcí mluvidel a dělí se na dva typy, sensorický a motorický.

- Typ sensorický – nesprávné vnímání, dítě rozlišuje mluvené zvuky.
- Typ motorický – na základě artikulační neobratnosti nastává vadná výslovnost.

Lechta (1990) dyslalii klasifikuje z různých hledisek:

- Vývojového – do 5. roku života jde o přirozený jev, nazýváme to fyziologickou dyslalií. Mezi 5. až 7. rokem může dojít k autokorekci, prodloužené fyziologické dyslalii (pravá dyslalie).

- Etiologického – jde o funkční dyslalii, kdy rozlišujeme typ senzorický a motorický (podle toho, která oblast je narušená) a orgánovou dyslalii, která je podmíněna různými etiologickými faktory.
- Rozsahu – jde o dyslalii universalis (úplná nesrozumitelná řeč), dyslalii multiplex (rozsah chybně vyslovovaných hlásek je menší a srozumitelnost lepší), dyslalii parciální (týká se jedné nebo více hlásek).
- Kontextu – jde o hláskovou dyslalii (týkající se izolovaných hlásek) nebo o kontextovou dyslalii (hlásky se tvoří správně, ale špatné tvoření je ve slabikách a slovech).

„Podobně jako u intaktních dětí, i u dětí s mentální retardací se z poruch řeči nejčastěji vyskytuje dyslalie.“ (Lechta, 2002, s. 91)

Obvykle se jedná o nesprávnou artikulaci sykavek, hlásky R a lehčích hlásek (P, F, V). Dyslalie je u mentálně retardovaných dětí často kombinována s dysgramatismem, huhňavostí, dysfonií. U dětí s mentální retardací, u kterých je diagnostikována dyslalie, se objevuje vynechávání hlásek na konci slov. Příčiny jejich dyslalie jsou často orgánového původu (Lechta, 2002).

RINOLALIE - Huhňavost

Rinolalie je narušení komunikační schopnosti postihující zvuk řeči i artikulaci. Dochází k narušení rovnováhy ústní a nosní rezonance (Klenková, 2006).

Rinolalia je patologicky změněná nosovost, která deformuje zvuky vyslovovaných hlásek. Nosovost (nazalita – rezonance) je fyziologický jev, který představuje rezonanci nosní a nosohltanovou. Nejzřetelnější je u nosovek m, n, ň, méně pak u samohlásek a, e, i, exploziv a frikativ (Balašová, 2003).

Rinolalii lze rozdělit podle Klenkové (2006) do tří hlavních skupin:

- Zavřená huhňavost (hyponazalita) – nosovost je patologicky snižena. Příčiny mohou být orgánové (vybočení nosní přepážky, nosní polypy, rýmy, zbytnění skořep nosních, vrozená atrezie choan, hypertrofická nosní mandle, nádory nosohltanu) a funkční (porucha závěru dýchací trubice).

- Otevřená huhňavost (hypernazalita) – nosovost je patologicky zvýšená. Příčiny mohou být vrozené (narušení vývoje měkkého patra, rozštěpy) a získané (následky organického onemocnění nebo úrazu).
- Smíšená huhňavost (rhinolalia mixta) – vyskytuje se jako kombinace hyponazality a hypernazality. Příčiny mohou být organické či funkční.

Huhňavost podle Klenkové (2000) se u mentálně retardovaných dětí vyskytuje častěji než u intaktních dětí. Častěji se u dětí s mentální retardací vyskytuje zavřená huhňavost (zbytnělá nosní mandle), potom otevřená huhňavost (nedostatečná inervace měkkého patra).

BREPTAVOST - Tumultus sermonis

Breptavost je vývojová patologická odchylka plynulosti mluvy, charakteristická je překotnost tempa řeči (Dvořák, 1998).

Podle Klenkové (2006) jde o nespecifickou různorodou poruchu, projevující se od raného dětství a přetrvává do období dospívání i déle. Příčinou breptavosti byla uváděna neuróza. V současnosti se uvádí jako příčiny etiologické faktory dědičnost, organický podklad, neurotický či polyfaktoriální charakter.

Příznaky breptavosti dělí Klenková (2006) na příznaky první, druhé či třetí úrovně:

- Příznaky první úrovně – týkají se obsahu výpovědi (dezorganizace myšlení, bezobsažná řeč, neuvědomování si problému, slabé chápání výpovědi).
- Příznaky druhé úrovně – týkají se formy výpovědi (nesprávné věty či chudá skladba).
- Příznaky třetí úrovně – týkají se substance výpovědi (rychlé tempo řeči, opakování hlásek, slabik, slov a vět, embolofrázie, chybná artikulace, nepravidelné tempo řeči, revize, prodlužování hlásek, monotonní řeč).

Breptavost je typická pro eretické typy mentální retardace. Jedná se o zrychlenou řeč s vynecháváním hlásek nebo celých slabik, je příznačná pro děti s mentální retardací. Nezřídka bývá kombinována s jinou poruchou jakou je dysgramatismus či koktavost (Lechta, 2002).

KOKTAVOST – Balbuties

Koktavost Lechta (1990) pokládá za „*syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvené řeči, který se nejvýrazněji projevuje charakteristickým (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti plynulé řeči.*“

Klenková (2006) udává jako nejčastější příčinu koktavosti dědičnost. Dále sem patří negativní vlivy sociálního prostředí, psychotraumata, napodobování, orgánové příčiny, poruchy metabolismu, vegetativní labilita, vrozená řečová slabost.

Příznaky koktavosti rozděluje (Škodová, Jedlička, 2003) na vnější a vnitřní:

- Vnější – porucha fonačních pohybů, artikulačních pohybů a dýchacích pohybů.
- Vnitřní – označují se duševními stavy.

Podle příznaků v řeči můžeme dělit koktavost na formu:

- Tonická – je popsána zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové šterbině, označující se termínem prefonační spasmus. Zvyšuje se napětí některých artikulačních svalů a krčních svalů. Koktaví se někdy nadechují i uprostřed slov a tím se ruší plynulost řeči.
- Klonická – je popsána volným opakováním slabik, které je nepotlačitelné, nejčastěji prvních slabik slov nebo i uprostřed.
- Tonoklonická – je nejčastější. Objevuje se v ní symptomatologie výše uvedených forem.

Nejčastěji se koktavost vyskytuje u dětí s Downovým syndromem, až pětkrát častěji než u ostatních dětí s mentální retardací (Lechta, 2002).

DYSARTRIE

Dysartrie je podle Klenkové (2006) porucha motorické realizace řeči jako celku, která vzniká při organickém poškození centrální nervové soustavy. Může vzniknout v kterémkoli období života člověka. Může jít o vrozené vady či následky perinatálního poškození nervového systému, nebo vady získané během života neurologickými onemocněními.

K poškození mozku a mozkových drah a následné dysartrii dochází z příčin:

- V prenatálním období – jde o úrazy matky, infekční onemocnění matky, krvácení do mozku plodu při nedostatku vitamínu K, nitroděložní změknutí mozku, nedonošenost různého stupně, Rh- inkompatibilita a jiné.
- V perinatálním období – jde o asfyxii během porodu, motorické oblasti mohou být postiženy krvácením při porodu.
- V postnatálním období – jde o meningitidu, encefalitidu, horečnatá onemocnění, intoxikace v prvních měsících života.
- V pozdějším věku – jde o cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění mozku, nádory, metastáze, úrazy hlavy, degenerativní onemocnění centrálního nervového systému.

Neubauer (2003) dělí dysartrii na následující typy podle lokalizace poškození: spastický typ, atetoidní typ, ataktický typ, bulbární dysartrie, smíšená dysartrie, kortikální dysartrie.

Jestliže je mentální retardace spojena s poruchou motoriky, tak se někdy projeví různé formy dysartrie. Jedná se často o děti, u nichž je mentální retardace kombinována s dětskou mozkovou obrnou. U takto postižených dětí jde z logopedického hlediska o mimořádně špatnou prognózu (Lechta, 2002).

Lechta (1990) dělí dysartrii:

- Kortikální (korová) dysartrie – vzniká na základě poškození motorických korových oblastí mozku. Artikulace nejasná, setřelá. Řeč je spastického charakteru.
- Pyramidová dysartrie – vzniká při poruše pyramidové dráhy od buněk v mozkové kůře k jádrům mozkových nervů v bulbu. Jedná se o spastickou obrnu svalstva mluvidel.
- Extrapiramidová dysartrie – vzniká následkem vlivu poruch podkorových ganglií na motorické dráhy na svalový tonus dýchacího, hlasového a řečového systému.

- Bulbární dysartrie – vzniká následkem poškození jader motorických nervů v bulbu nebo nervů, vycházejících z nich ke svalům mluvního ústrojí.
- Cerebelární (mozečková) dysartrie – vzniká na základě poškození mozečku a jeho drah.
- Smíšená, kombinovaná dysartrie – dochází k porušení kteréhokoli komponentu či všech komponentů centrální a periferní nervové soustavy.

MUTISMUS

Mutismus popisuje Klenková (2006) jako ztrátu schopnosti komunikovat verbálně.

Příčiny mutismu Klenková (2006) uvádí tyto:

- Endogenní příčiny – příliš velká psychická senzibilita vůči svým vlastním výkonům.
- Exogenní příčiny – velké požadavky na řečový výkon nebo na chování dítěte, které psychicky zatěžuje okolní prostředí.

A zároveň v praxi rozlišuje tři základní skupiny etiopatogenetických faktorů, což koreluje s předcházejícím členěním:

- Bezprostředně vyvolávající faktory (akutní psychotraumatizace), kde se jedná o počátek školní docházky, změnu prostředí, stěhování, konflikty v rodině, výsměch spolužáků, nepřiměřený trest, odpor vůči nepřiměřeným nárokům na dítě.
- Predispoziční faktory: rodinné faktory - (hyperprotektivní výchova, kladení nadměrných nároků na dítě, trestání, nejednotná výchova, konflikty mezi rodiči), osobnostní rysy (opoziční chování, úsilí o manipulaci s okolím, zažívání pocitů viny, selhání), faktory ovlivňující celkovou funkčnost dítěte, schopnost zapojení dítěte do sociální skupiny, adaptace na změny (intelektový deficit, řečová vada a tělesná stigmatizace), chronické stresové faktory (obavy z trestu, přísnost ze strany učitele, strach ze spolužáků, agresivita a výsměch).
- Udržovací faktory – přetrvávání výše popsaných faktorů, nevhodná reakce okolí na mutismus.

Škodová (2003) uvádí tři druhy mutismu:

- Totální mutismus – diagnostikován tehdy, pokud dítě komunikovalo normálně a náhle přestalo úplně mluvit. Jeho snaha dorozumět se je pomocí gestikulací a ukazováním. Oněmění se vztahuje na všechny osoby, situace a prostředí. U dětí, které přestaly mluvit následkem šoku, mutismus po nějakém čase odezní. Často se u dětí řeč vrátí s projevy koktavosti.
- Efektivní mutismus – dítě nekomunikuje jen s některými osobami nebo pouze v určitých situacích, jinak s ostatními komunikuje normálně, bez zábran. Efektivní mutismus lze chápat jako obranný mechanismus, kdy nejsou uspokojeny základní psychické potřeby dítěte. Při úspěšné terapii může odeznít během kratší doby a bez následků.
- Surdomutismus – náhlá ztráta schopnosti mluvit a slyšet řeč se schopností odezírání (což potvrzuje, že dítě poslouchá a je u něj zachována vnitřní řeč).

PALATOLÁLIE

Palatolálie (z latinského palatum – patro) je vada řeči, která vzniká na základě vrozeného rozštěpu patra, případně rozštěpu rtu a patra (Sovák, 1978).

Podle Klenkové (1998) jde o vývojovou vadu, kdy řeč se vyvíjí na vývojově vadném základě. Jedná se o jednu z nejtěžších a nejnápadnějších poruch komunikačních schopností. Rozštěp je vrozený orgánový defekt, jehož důsledkem bývá nedostatečný patrohltanový závěr.

Lechta (1990) píše, že je komunikační schopnost jedince narušena, jestliže některá rovina, či několik rovin současně jeho jazykových projevů, působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Při palatolálii jde o narušenou:

- Foneticko-fonologickou rovinu: porucha nosní rezonance, artikulace, srozumitelnosti řeči.
- Morfologicko-syntaktickou a lexikálně-semantickou rovinu: důsledkem opožděného vývoje řeči.
- Pragmatickou rovinu: důsledkem psychosociálních problémů, které mohou orofaciální rozštěp způsobovat.

U palatolálie bývá porušena artikulace vokálů a konsonantů. Vokály mají hypernazální (huhňavé) zabarvení projevující se nejvíce u hlásky I a U, nejméně bývá porušena hláska A, zvláště při zvětšeném čelistním úhlu. Konsonanty jsou změněny důsledkem slyšitelného úniku vzduchu nosem, nedostatečným tlakem vzduchu, který je potřebný k vytváření hlásek na odpovídajících artikulačních místech a důsledkem posunu artikulační báze vzad. Nejméně bývají poškozeny nosovky, nejvíce hlásky. Mnozí jedinci s palatolálií se snaží zabránit úniku vzduchu nosem tím, že vtahují chřípí nosu a zdvihají horní ret. Nejvýrazněji porušené hlásky jsou sykavky. U dětí trpících palatolálií se setkáváme s opožděným vývojem řeči, časté bývají poruchy sluchu, může být deformován i hlas (Klenková, 2006).

PORUCHY HLASU

Hlas je zvukový prostředek lidské komunikace, který vzniká v hlasové šterbině. Zde proud vzduchu z plic rozechvívá hlasové řasy, jejichž napětí, které je řízené stahem svalů v hlasové šterbině, určuje výšku hlasu (Dvořák, 1998).

Podle Jedličky (2003) hlas charakterizuje hlasitost, výška hlasu, barva hlasu a kvalita hlasu. Na tvorbě hlasu mají podíl tři hlavní složky: dýchací ústrojí, hrtan a rezonanční prostory, takzvaná nasální trubice.

Obor, který se specializuje na hlas a poruchy hlasu se nazývá foniatrie. Hlasové poruchy se mohou objevit během života. Klenková (2006) dělí příčiny poruch hlasu:

- Vnitřní – konstituční méněcennost sliznice dýchacího orgánu podmíněná dědičně, vrozené asymetrie hrtanu, chabost hrtanového svalstva, chybějící či nedostatečná intonační schopnost, nadměrná intenzita hlasu podmíněná typem vyšší nervové činnosti.
- Vnější – nesprávná hlasová technika, opakované záněty a alergie, dráždění exhaláty a prachem, nepřiměřená teplota a vlhkost v životním či pracovním prostředí.
- Orgánové příčiny – onemocnění hlasového ústrojí (záněty hrtanu, záněty dýchacích cest, nádory, poranění při úrazech či operačních výkonech, poruchy inervace hrtanu a hormonální změny, onemocnění).
- Funkční příčiny – jde o narušenou funkci hlasového ústrojí, hyperkinetická dysfonie – chraptot různého stupně, hlasové uzlíky.

- Psychogenní příčiny – patří sem psychogenní dysfonie a afonie, kdy na hlasivkách není patologický nález, hlasivky nekmitají a jsou v postavení jako při šepotu, spastická dysfonie, která je způsobena křečí hlasivek, dále fonastenie při hlasovém zatížení a přetížení, hysterická spastická dysfonie či afonie, kde poruchy hlasu jsou jedním ze symptomů hysterie, dále sem patří mutační hlasové poruchy, buď prodloužená mutace, inverzní mutace nebo fistulový hlas.

Častá je u dětí s mentální retardací echolálie, což je mechanické opakování slyšeného bez pochopení smyslu. Echolálie se objevuje u dětí s mentální retardací, které mají dobrou napodobovací schopnost, ale nesmí mít porušenu motoriku. Může docházet i k dysprozódii, což je porucha modulačních faktorů. Řeč dětí mentálně postižených je monotónní, intonace je nesprávná, v některých případech je řeč tichá a pomalá, jindy je zrychlená a vzrušená. K dalším poruchám hlasu, objevujících se u dětí s mentálním postižením, patří: chrapot, zastřený, respektive příliš tichý hlas (Klenková, 2006).

2.4 Organizace logopedické péče v České republice

Rozhodli jsme se, že čtenáři přineseme stručný přehled o tom, kde osoby s mentálním postižením mohou získat logopedickou péči.

U mentálně retardovaných dětí je velmi nutné provést včasnou diagnostiku a co nejdříve zahájit ovlivňování jejich vývoje, aby se předešlo negativním důsledkům.

„Cílovou skupinou logopedické intervence nejsou jen děti, ale i dospívající, dospělí a lidé ve stáří, u nichž se vyskytuje narušená komunikační schopnost.“
(Klenková, 2006, s. 212)

V České republice se na logopedické péči podílí spolupráce tří ministerstev:

- školství, mládeže a tělovýchovy
- zdravotnictví
- práce a sociálních věcí

Logopedická péče je v České republice realizována podle Fukanové (2003) v zařízeních státních, nestátních a soukromých.

RESORT ŠKOLSTVÍ

Na zajištění logopedické péče se v resortu školství podílí tito odborní pracovníci:

- Logopedický preventista – jde o středoškolsky vzdělaného pedagoga, který absolvoval kurz logopedické prevence. Zabývá se rozvojem komunikačních dovedností u intaktních dětí v předškolním věku.
- Logopedický asistent – jde o absolventa vysokoškolského bakalářského studia speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy verbální komunikace.
- Speciální pedagog – jde o učitele se zaměřením na poruchy řeči a učení se státní závěrečnou zkouškou z logopedie (Fukanová, 2003).

Do resortu školství podle Klenkové (2000) patří:

- Soustava škol pro děti s vadami řeči: jde o mateřské školy pro děti s vadami řeči, základní školy pro děti s vadami řeči, zvláštní školy pro žáky s vadami řeči, internátní škola pro nemluvící a vadně mluvící žáky (Týn nad Vltavou).
- Speciální třídy – jde o třídy pro děti s vadami řeči při mateřské škole, pro žáky s vadami řeči při základních školách, specializované třídy pro žáky se specifickými vývojovými poruchami učení.
- Speciální školy – jde o zvláštní školy, kde je logopedická péče zajištěna v rámci řečové výchovy a mateřské a základní školy pro sluchově postižené.
- Speciálně pedagogická centra – jsou při školách pro žáky s vadami řeči, zabývající se diagnostikou, depistáží, poradenskou a reedukační činností.
- Pedagogicko-psychologické poradny – kde působí speciální pedagog – logoped.

RESORT ZDRAVOTNICTVÍ

Fukanová (2003) uvádí, že v resortu zdravotnictví působí tito pracovníci:

- Logoped – jde o absolventa studia logopedie nebo speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy komunikace a učení se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Logoped pracuje pod supervizí klinického logopeda a nemůže provozovat vlastní privátní praxi.

- Klinický logoped – jde o absolventa specializační přípravy (postgraduálního resortního vzdělávání) zakončené zkouškou. Pracuje samostatně a může provozovat vlastní privátní praxi.

Do resortu zdravotnictví podle Klenkové (2000) patří:

- Logopedické poradny při poliklinikách, odděleních foniatrie, ušního, nosního, krčního a neurologie.
- Soukromé logopedické poradny a kliniky.
- Logopedie působící v rehabilitačních stacionářích pro děti a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné

RESORT PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

Podle Fukanové (2003) působí v resortu práce a sociálních věcí tyto pracovníci: logoped, klinický logoped, speciální pedagog se specializací logopedie a surdopedie.

Do resortu práce a sociálních věcí patří podle Klenkové (2000) ústavy sociální péče, kde je postiženým jedincům věnována v rámci komplexní péče i péče logopedická.

Při práci s mentálně postiženými dětmi je podle Klenkové (2000) důležité v logopedické péči dodržovat určité zásady:

- Zásada imitace přirozeného vývoje řeči – zjistíme, na jakém vývojovém stupni řeči se nachází a pokračovat ve stimulaci vývoje řeči.
- Musíme vědět, jaký je u mentálně postiženého dítěte věk verbální (mentální), proto se na začátku nesoustředíme na výslovnost dětí, ale snažíme se o rozvoj slovní zásoby.
- Zásada výstavby řeči mentálně postižených dětí – musíme postupovat od základního řečového materiálu (hlasu), přes významové zvuky až po tvorbu pojmů.
- Rozvíjíme motoriku, sluchové vnímání a fonemický sluch – zde využíváme nejrůznějších pasivních či posléze i aktivních cvičení motoriky artikulačního aparátu (masáže, hlazení a jiné).
- Soustředíme se na stimulaci vývoje řeči – spojení hudby, zpěvu či pohybu, zde dodržujeme zásadu rytmizace.

- Zásada názornosti – bez názorných pomůcek a obrázků nesmíme mechanicky s postiženými dětmi opakovat slova a věty. Vše provádíme formou hry.
- Vždy dětem poskytujeme řečový vzor – klidná, srozumitelná slova v tempu, které dítěti vyhovuje (mluva odpovídající obsahové, gramatické, artikulační jazykové normě).
- Práci s mentálně postiženými dětmi musíme pokaždé přizpůsobit individuálním potřebám, zájmům a citům dětí.
- Musíme provokovat postižené děti k řeči – utvářet takové situace, které dítě provokují k řeči).

Při práci s dětmi s těžkou mentální retardací, u kterých se nerozvíjí řeč, je nutné zjistit, je-li možné rozvíjet mluvenou řeč. Pokud není toto možné, volíme alternativní komunikační prostředky, jako jsou posunky, prstové znaky, piktogramy, systematické systémy (Bliss), jazykový systém Makaton a jiné.

3 VÝSKYT NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DĚTÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ NA ZÁKLADNÍ SPECIÁLNÍ ŠKOLE BLANSKO

3.1 Vymezení průzkumného problému

Absolutní počet mentálně retardovaných jedinců v naší populaci není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů Švarcová (2006) uvádí, že v současné době trpí mentální retardací asi 3 % občanů. Odborná literatura Lechta (2002) i Klenková (2000) uvádí, že u mentálně retardovaných je postižena řeč a komunikace. Je snahou odborníků o zlepšení narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací. Ve vztahu k terapii narušené komunikační schopnosti nám vzniká otázka, jaké typy narušené komunikační schopnosti a v jakém zastoupení se vyskytují u mentálně postižených dětí. Tato otázka nám zároveň vymezuje náš problém průzkumu. V návaznosti na průzkumný problém jsme si stanovili následující cíl průzkumu.

3.2 Cíl průzkumu

Cílem průzkumu je zjistit kolik dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko trpí narušenou komunikační schopností a jaké nejčastější typy narušené komunikační schopnosti se u nich vyskytují.

Na vyřešení uvedeného problému jsme si stanovili průzkumné otázky.

3.3 Průzkumné otázky

Řešení průzkumného problému jsme realizovali na základě získávání odpovědí na následující průzkumné otázky.

1. Kolik dětí na Základní speciální škole Blansko má lehkou mentální retardaci, kolik střední mentální retardaci a kolik těžkou mentální retardaci.
2. Kolik dětí s mentálním postižením na Základní speciální škole Blansko má narušenou komunikační schopnost.
3. Jaké typy narušené komunikační schopnosti se vyskytují u dětí s mentálním postižením na Základní speciální škole Blansko.
4. Jakým způsobem a jak často je zabezpečená logopedická péče na Základní speciální škole Blansko.

3.4 Harmonogram postupu

Z cíle průzkumu jsme si stanovili tento postup:

1. Sestavit dotazník týkající se výskytu narušené komunikační schopností u dětí s mentální retardací pro třídní učitele na Základní speciální škole Blansko.
2. Oslovit třídní učitele a požádat je o vyplnění dotazníku.
3. Rozdat třídním učitelům dotazník týkající se výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací.
4. Požádat o brzký návrat dotazníků.
5. Získaná data zpracovat a vyhodnotit.

3.5 Metody průzkumu

Průzkum byl uskutečněn na Základní speciální škole Blansko, kde byl prováděn formou dotazníku. Průzkumné šetření mělo charakter kvantitativní.

Na zjištění typu narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací jsme použili dotazník (viz Příloha A). Po telefonické dohodě jsme dotazníky rozdali do jednotlivých tříd. Dotazníky byly ve třídách předloženy třídním učitelům k vyplnění.

Dotazník obsahoval čtrnáct otázek. Třídní učitelé odpovídali na otázky o celkovém počtu dětí s narušenou komunikační schopností a jejich stupni mentální retardace. Všechny otázky byly uzavřeného typu.

3.6 Průzkumný vzorek

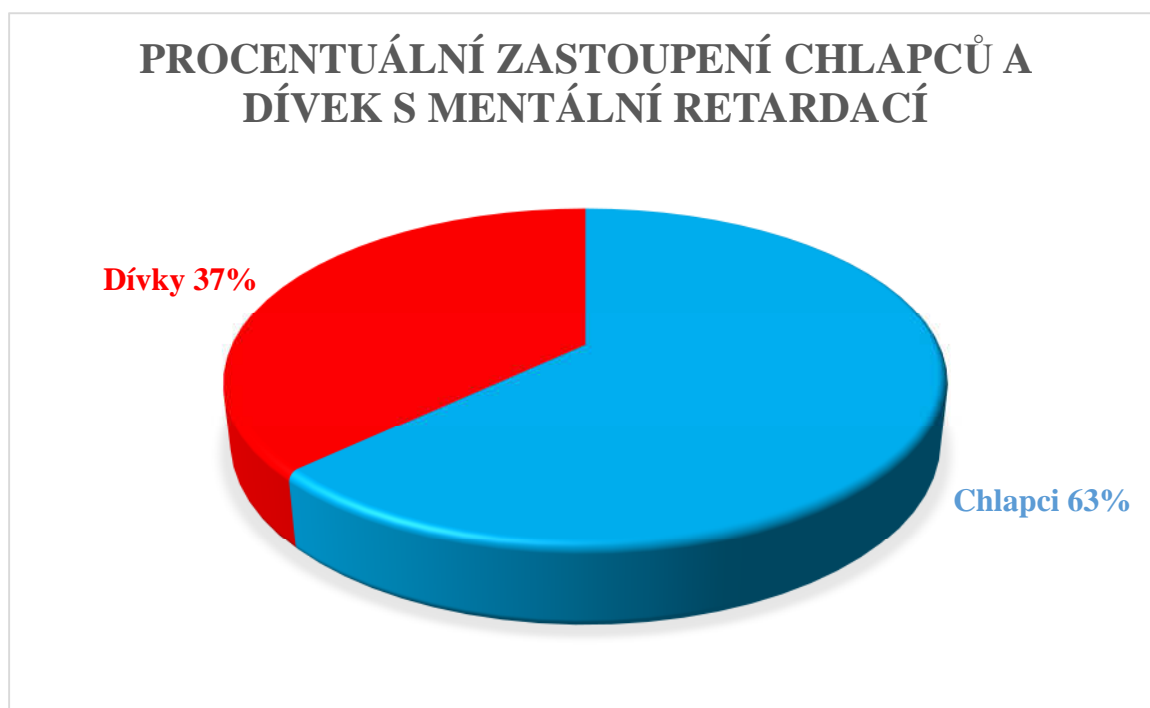
Zkoumaný vzorek představují děti navštěvující Základní speciální školu Blansko. Jedná se o děti denně docházející i o děti umístěné na internátě školy. Jak dokládá tabulka 1, školu navštěvuje 22 chlapců a 13 dívek a celkem školu navštěvuje 35 dětí. Je zde více chlapců než dívek. Tabulka 2 a graf 1 nám ukazuje procentuální zastoupení chlapců a dívek s mentální retardací. V současné době se zde nacházejí děti ve věku od 7 do 20 let, což nám ukazuje tabulka 3. Děti jsou rozděleni do Základní praktické školy a Základní speciální školy. Rozdělení dětí podle typu školy nám zobrazuje tabulka 4 a graf 2. Je zde celkem šest tříd. Počet dětí v jednotlivých třídách dokládá tabulka 5 a graf 3. V případě zájmu čtenáře je hlubší popis školy v příloze (viz Příloha B).

Tabulka 1: Přehled počtu chlapců a dívek na Základní speciální škole Blansko

Děti	celkový počet
Chlapci	22
Dívky	13
Celkem	35

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Průzkumný vzorek ukázal, že na Základní speciální škole Blansko je celkem 35



děti, z toho je 22 chlapců a 13 dívek.

Graf 1: Procentuální zastoupení chlapců a dívek s mentální retardací

Tabulka 2: Procentuální zastoupení chlapců a dívek s mentální retardací

Děti	celkový počet	%
Chlapci	22	63
Dívky	13	37
Celkem	35	100

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Průzkumný vzorek ukázal, že z celkového počtu 35 (100%) dětí mají všechny děti určitý stupeň mentální retardace.

Tabulka 3: Přehled věkového zastoupení dětí

Věk	chlapci	dívky	celkový počet
7 let	5	0	5
8 let	0	2	2
9 let	6	1	7
10 let	2	1	3
11 let	1	0	1
12 let	1	0	1
13 let	2	2	4
14 let	0	0	0
15 let	2	1	3
16 let	1	3	4
17 let	2	1	3
18 let	0	1	1
19 let	0	0	0
20 let	0	1	1
Celkem	22	13	35

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Tabulka 4: Rozdělení dětí podle typu školy

Typ školy	chlapci	dívky	celkový počet	%
Základní praktická škola	3	3	6	17
Základní speciální škola	19	10	29	83
Celkem	22	13	35	100

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Průzkumný vzorek ukázal, že z celkového počtu 35 dětí navštěvuje 6 dětí Základní praktickou školu a 29 dětí navštěvuje Základní speciální školu.

Graf 2: Rozdělení dětí podle typu školy



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Z našeho průzkumného vzorku 35 (100%) dětí navštěvuje 6 (17%) dětí Základní praktickou školu a 29 (83%) dětí Základní speciální školu.

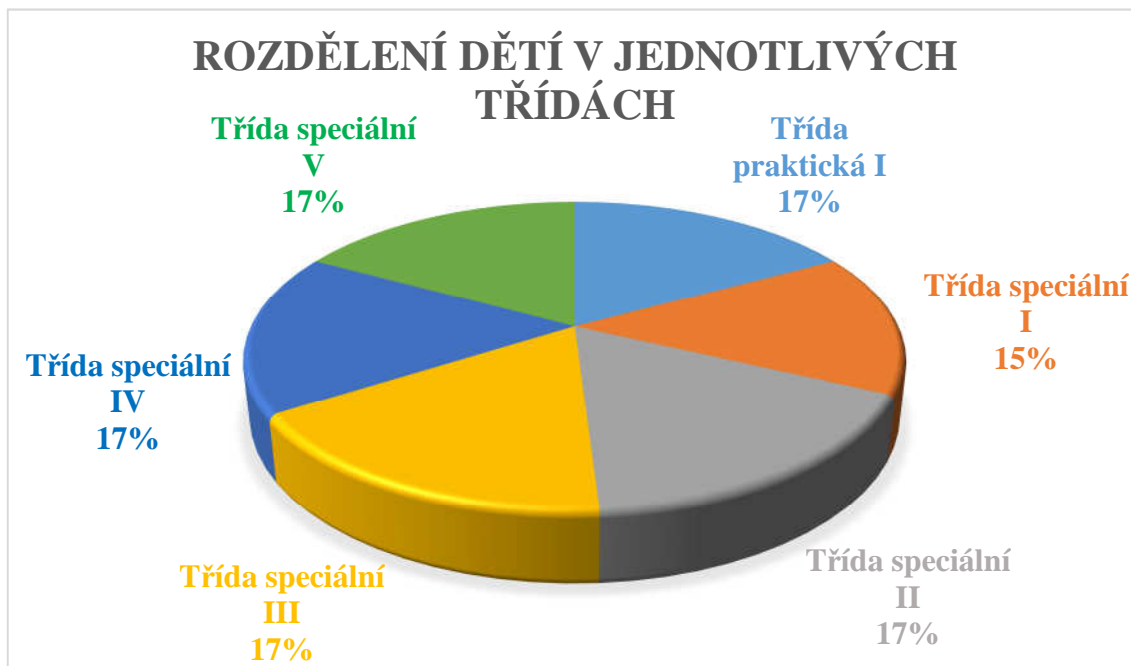
Tabulka 5: Počet dětí v jednotlivých třídách

Třída	chlapci	dívky	celkový počet	%
Třída praktická I	3	3	6	17
Třída speciální I	5	0	5	15
Třída speciální II	3	3	6	17
Třída speciální III	2	4	6	17
Třída speciální IV	6	0	6	17
Třída speciální V	3	3	6	17
Celkem	22	13	35	100

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Z vyplněných dotazníků jsme zjistili, že z celkového počtu 35 dětí navštěvuje 6 dětí třídu praktickou I, 5 dětí třídu speciální I, 6 dětí třídu speciální II, 6 dětí třídu speciální III, 6 dětí třídu speciální IV a 6 dětí třídu speciální V.

Graf 3: Rozdělení dětí v jednotlivých třídách



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Průzkumný vzorek nám ukázal, že třídu praktickou I navštěvuje 6 (17%) dětí, třídu speciální I navštěvuje 5 (15%) dětí, třídu speciální II navštěvuje 6 (17%) dětí, třídu speciální III navštěvuje 6 (17%) dětí, třídu speciální IV navštěvuje 6 (17%) dětí a třídu speciální V navštěvuje 6 (17%) dětí.

3.7 Průběh průzkumu

Podle stanoveného postupu jsme:

1. Sestavili jsme si dotazník týkající se výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací pro třídní učitele na Základní speciální škole Blansko.
2. Oslovili jsme třídní učitele Základní speciální školy Blansko. Dohodli jsme se s třídními učiteli o vyplnění dotazníků. Všechny děti měly v osobní kartě souhlas rodičů s poskytováním osobních údajů.
3. Požádali jsme třídní učitele o navrácení dotazníků. Celkem tedy bylo do šesti tříd rozdáno šest dotazníků, z nichž bylo šest vráceno. Celková návratnost dotazníků byla 100%.

Získaná data jsme vyhodnotili a zpracovali statisticky pomocí grafů a tabulek.

3.8 Analýza dat

Výsledky průzkumu jsme zanalyzovali z navrácených, vyplněných dotazníků od třídních učitelů ze Základní speciální školy Blansko.

Průzkumné otázky č. 1, 2, 3, 4 jsme vyhodnocovali na základě výsledků z vyplněných dotazníků.

Veškeré získané údaje byly zpracovány statisticky formou tabulek a grafů.

1. *Průzkumná otázka:* Kolik dětí na Základní speciální škole Blansko má lehkou mentální retardaci, kolik střední mentální retardaci a kolik těžkou mentální retardaci.

Tabulka 6: Rozdělení dětí s lehkou, střední a těžkou mentální retardací

Stupeň mentální retardace	chlapci	dívky	celkový počet	%
Lehká mentální retardace	3	3	6	17
Střední mentální retardace	8	5	13	37
Těžká mentální retardace	11	5	16	46
Celkem	22	13	35	100

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Graf 4: Počet dětí s lehkou, střední a těžkou mentální retardací



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Odpověď: Z našeho průzkumného vzorku, jak znázorňuje tabulka 6 a graf 4, jsme zjistili, že na Základní speciální škole Blansko má určitý stupeň mentální retardace celkem 35 dětí. Z toho 22 chlapců a 13 dívek. Z celkového počtu 35 (100%) dětí trpí lehkou mentální retardací 6 (17%) dětí, z toho 3 chlapci a 3 dívky, střední mentální retardací trpí 13 (37%) dětí, z toho 8 chlapců a 5 dívek a těžkou mentální retardací trpí 16 (46%) dětí, z toho 11 chlapců a 5 dívek, což dokazuje stále tabulka 6 a graf 4.

2. Průzkumná otázka: Kolik dětí s mentálním postižením na Základní speciální škole Blansko má narušenou komunikační schopnost.

Tabulka 7: Počet dětí s narušenou komunikační schopností

Děti	celkový počet	%
Chlapci	22	63
Dívky	13	37
Celkem	35	100

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Celkový počet dětí s narušenou komunikační schopností je na Základní speciální škole Blansko 35 (100%).

Graf 5: Rozdělení dětí s narušenou komunikační schopností



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Odpověď: V našem průzkumném vzorku je 35 (100%) dětí s narušenou komunikační schopností z toho je 22 (63%) chlapců a 13 (37%) dívek.

3. Průzkumná otázka: Jaké druhy narušené komunikační schopnosti se vyskytují u dětí s mentálním postižením na Základní speciální škole Blansko.

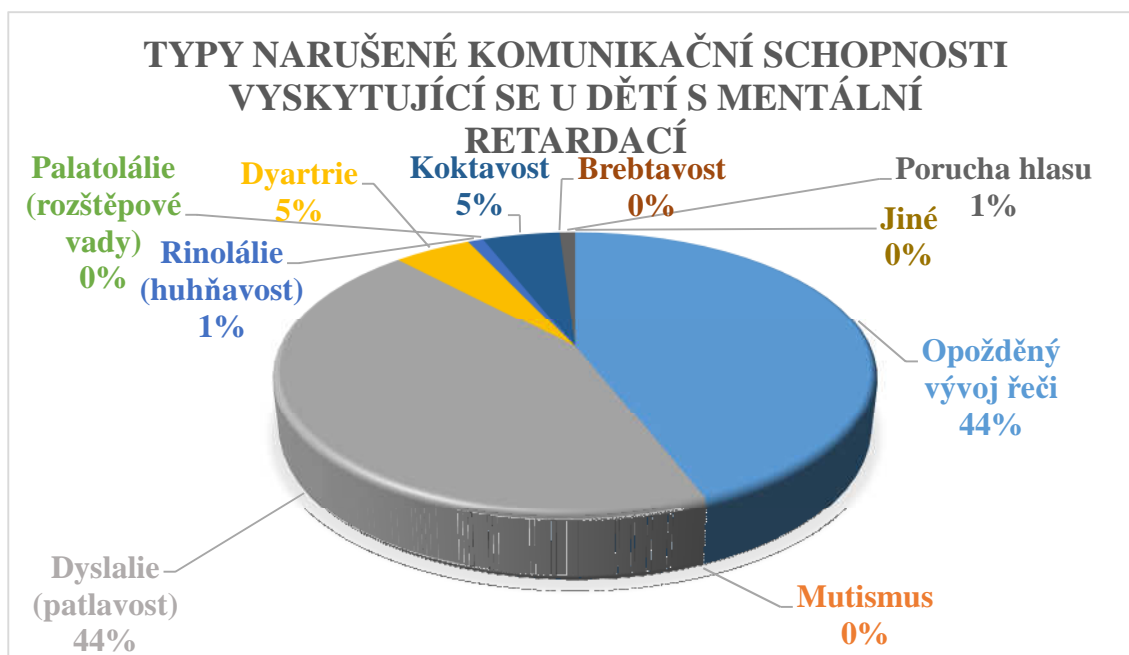
Tabulka 8: Typy narušené komunikační schopnosti (NKS) vyskytující se u dětí s mentální retardací

Typy NKS	počet	%
Opožděný vývoj řeči	35	44
Mutismus	0	0
Dyslalie (patlavost)	35	44
Dysartrie	4	5
Rinolálie (huhňavost)	1	1
Palatolálie (rozštěpové vady)	0	0
Koktavost	4	5
Brebtavost	0	0
Porucha hlasu	1	1
Jiné (uved'te jaké)	0	0
Celkem	80	100

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Z vyplněných dotazníků jsme získali údaje, že 80 dětí má konkrétní typ narušené komunikační schopnosti, což dokazuje tabulka 8. U některých dětí se může vyskytovat i 2 či více druhů narušené komunikační schopnosti.

Graf 6: Typy narušené komunikační schopnosti vyskytující se u dětí s mentální retardací



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

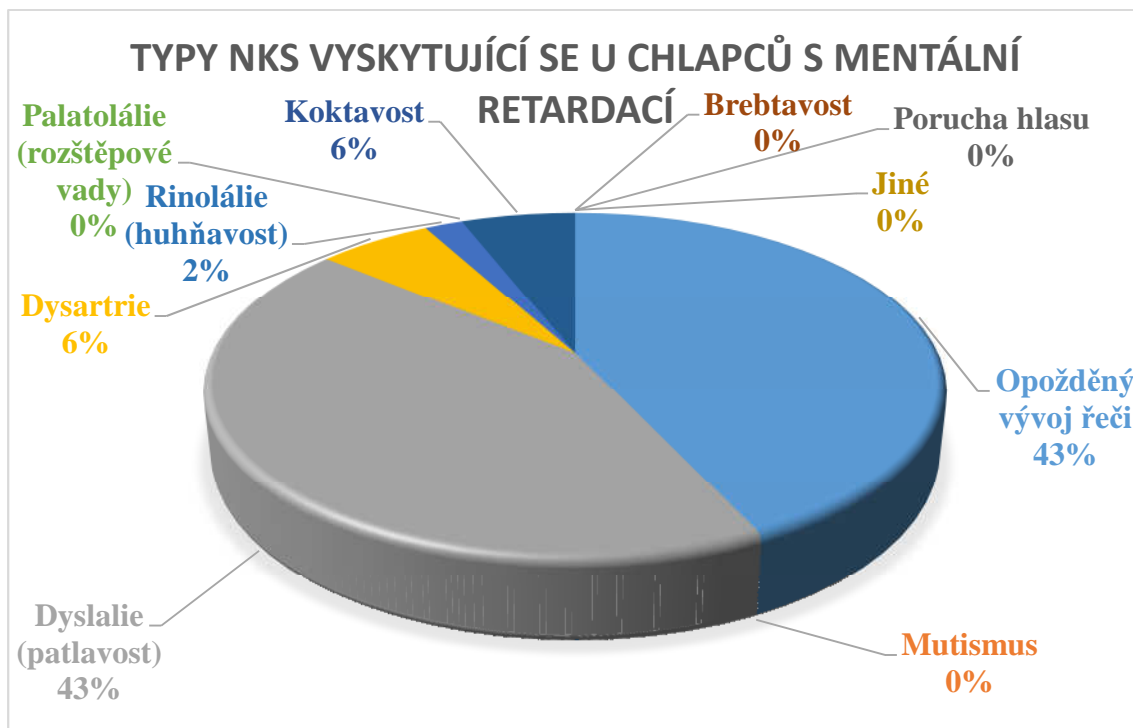
Z našeho průzkumného vzorku vyplývá, že opožděným vývojem řeči trpí 35 (44%) dětí, dyslalií 35 (44%) dětí, dysartrií 4 (5%) děti, rinolálií 1 (1%) dítě, koktavostí 4 (5%) děti a poruchou hlasu 1 (1%) dítě.

Tabulka 9: Typy NKS vyskytující se u chlapců a dívek s mentální retardací

Typy NKS	chlapci	%	dívky	%
Opožděný vývoj řeči	22	43	13	44
Mutismus	0	0	0	0
Dyslalie (patlavost)	22	43	13	44
Dysartrie	3	6	1	4
Rinolálie (huhňavost)	1	2	0	0
Palatolálie (rozštěpové vady)	0	0	0	0
Koktavost	3	6	1	4
Brebtavost	0	0	0	0
Porucha hlasu	0	0	1	4
Jiné (uveďte jaké)	0	0	0	0
Celkem	51	100	29	100

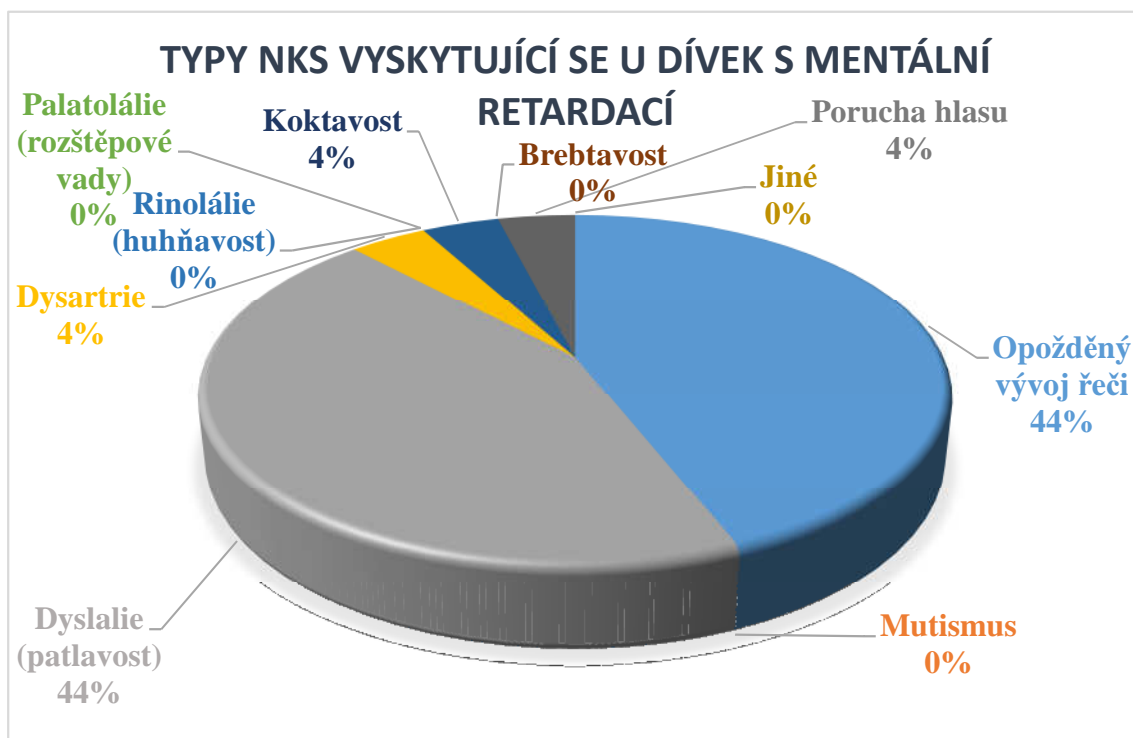
Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Graf 7: Typy NKS vyskytující s u chlapců s mentální retardací



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Graf 8: Typy NKS vyskytující se u dívek s mentální retardací



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Odpověď: Jednotlivé typy narušené komunikační schopnosti znázorňuje tabulka 8 a graf 6. Nejvíce byla zastoupena dyslalie 44% a opožděný vývoj řeči 44% a potom následovali: dysartrie 5%, koktavost 5%, rinolálie 1%, porucha hlasu 1%. Tabulka 9 dokazuje, že opožděným vývojem řeči a dyslalií trpí 22 (43%) chlapců a 13 (44%) dívek, dysartrií trpí 3 (6%) chlapci a 1 (4%) dívka, rinolálií trpí 1 (2%) chlapec a žádná dívka, koktavostí trpí 3 (6%) chlapci a 1 (4%) dívka a poruchou hlasu trpí 1 (4%) dívka a žádný chlapec. Typy narušené komunikační schopnosti vyskytující se u chlapců s mentální retardací nám znázorňuje graf 7 a typy narušené komunikační schopnosti vyskytující se u dívek nám znázorňuje graf 8. Typy narušené komunikační schopnosti breptavost, mutismus, palatolálie a jiné se v našem průzkumném vzorku nevyskytovaly.

4. *Průzkumná otázka:* Jakým způsobem a jak často je zabezpečená logopedická péče na Základní speciální škole Blansko.

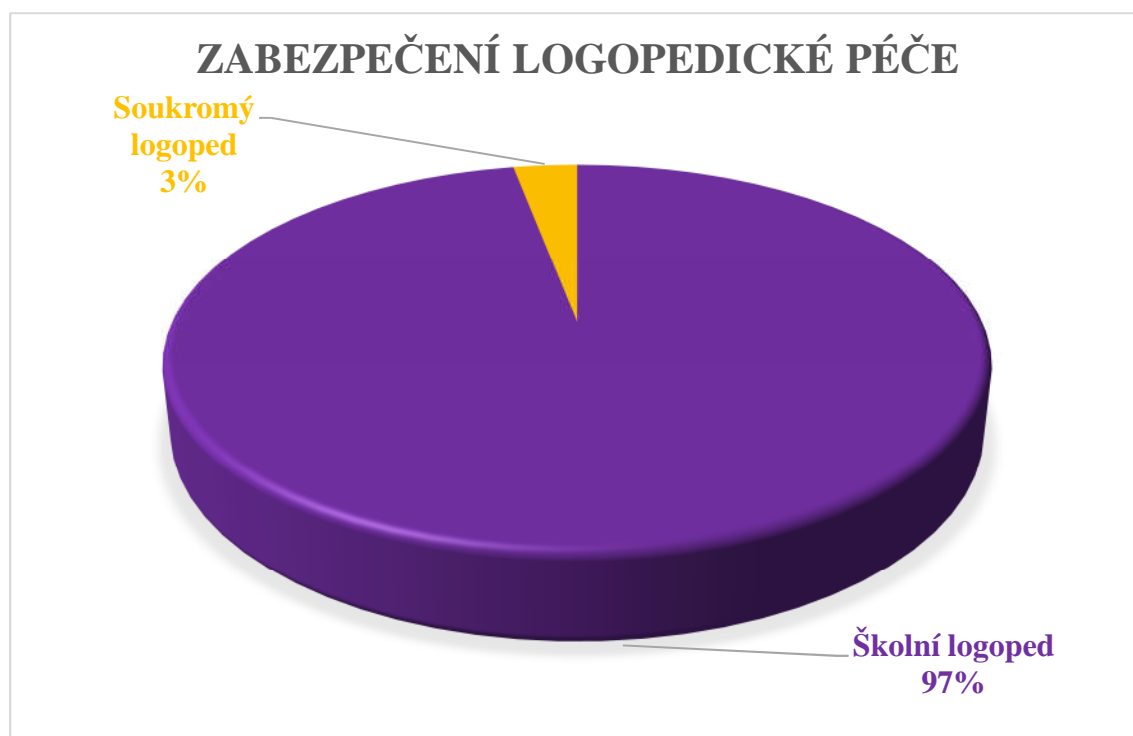
Tabulka 10: Zabezpečení logopedické péče

Logopedickou péčí zajišťuje	celkový počet	%
Školní logoped	35	97
Soukromý logoped	1	3
Celkem	36	100

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

V našem průzkumném vzorku je 35 dětí, které navštěvují školního logopeda a jedno dítě navštěvuje logopeda školního i logopeda soukromého.

Graf 9: Zabezpečení logopedické péče



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

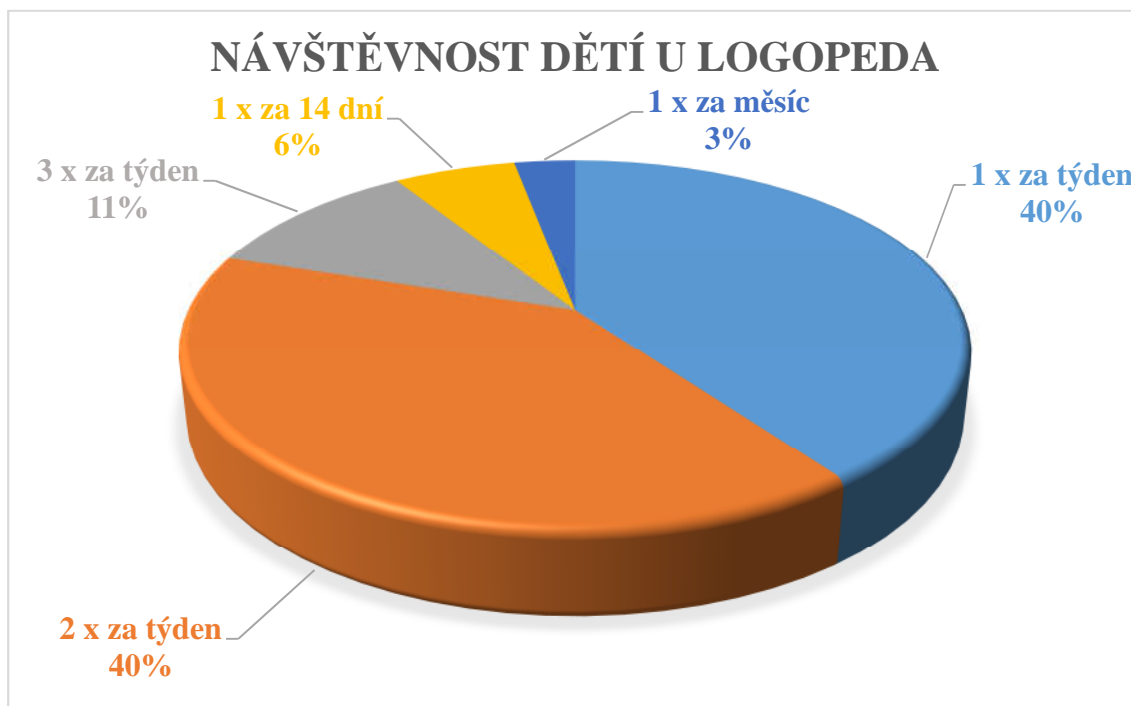
Tabulka 11: Návštěvnost dětí u logopeda

Návštěvnost u logopeda	celkový počet	%
1 x za týden	14	40
2 x za týden	14	40
3 x za týden	4	11
1 x za 14 dní	2	6
1 x za měsíc	1	3
Celkem	35	100

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Průzkumný vzorek ukázal, že děti navštěvují logopeda podle potřeby. 1x, 2x, 3x za týden, 1x za 14 dní a 1x za měsíc.

Graf 10: Návštěvnost dětí u logopeda



Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Průzkumný vzorek vykázal návštěvnost u logopeda 1x za týden (40%), 2 x za týden (40%), 3 x za týden (11%), 1x za 14 dní (6%), 1 x za měsíc (3%).

Tabulka 12: Počet dětí nenavštěvujících logopeda

Děti	celkový počet	%
Chlapci	0	0
Dívky	0	0

Zdroj: Pitnerová M. (vlastní šetření)

Odpověď: Na Základní speciální škole Blansko je logopedická péče zabezpečena školním logopedem, kterého navštěvuje všech 35 dětí a jedno dítě navštěvuje jak školního, tak soukromého logopeda, což dokazuje tabulka 10 a graf 9. Logopedická péče je zabezpečena individuálně pro každé dítě. Podle tabulky 11 a grafu 10 nejvíce děti navštěvují logopeda 1x za týden (40%), 2x za týden (40%) a následuje: 3x za týden (11%), 1x za 14 dní (6%) a 1x za měsíc (3%) dětí. Z tabulky 12 vyplývá, že všechny děti mají zabezpečenu logopedickou péči. Počet dětí, které nenavštěvují logopeda je nulov

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Cílem této práce bylo zjistit výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko.

Pro průzkum byly stanoveny 4 průzkumné otázky. Tyto otázky nám umožnilo zodpovědět průzkumné šetření.

1. Průzkumná otázka: Kolik dětí na Základní speciální škole Blansko má lehkou mentální retardaci, kolik střední mentální retardaci a kolik těžkou mentální retardaci.

V našem průzkumu jsme zjistili, že lehkou mentální retardací trpí 17% dětí. Podle Bazalové (2006) je to až 80% z celkového počtu mentálně retardovaných. Naše výsledky se neshodují. Může to být způsobené tím, že v dnešní době je mnoho žáků s lehkou mentální retardací integrovaných do základních škol, a proto náš průzkumný vzorek neměl objektivní rozložení.

V našem průzkumném vzorku mělo střední mentální retardaci 37% dětí. Výsledek se opět neshoduje s údaji Bazalové (2006), která udává, že je to 12% z celkového počtu jedinců s mentální retardací. Pravděpodobně z důvodu, který jsme uvedli výše.

V našem průzkumném vzorku mělo těžkou mentální retardaci 46% dětí. Výsledek se zase neshoduje s údaji Bazalové (2006), která konstatuje, že těžká mentální retardace se vyskytuje v celkovém počtu jedinců s mentální retardací 7%. Pravděpodobně proto, že náš průzkumný vzorek neměl objektivní rozložení.

V našem průzkumném vzorku se nevyskytovalo žádné dítě s hlubokou mentální retardací.

Na základě malého počtu průzkumného vzorku nelze přesněji vyhodnotit a je nutné pokračovat v průzkumu.

Odborná literatura Švarcová (2006) uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3% občanů. Největší počet asi 2,6% připadá na postižené lehkou mentální retardací a nejméně asi 0,1 – 0,2% v populaci připadá na postižené s těžkou a hlubokou mentální retardací.

Obě dvě autorky se přibližně shodují při procentuálním zastoupením stupňů mentální retardace.

2. Průzkumná otázka: Kolik dětí s mentálním postižením na Základní speciální škole Blansko má narušenou komunikační schopnost.

Statistické údaje odborníků, kteří se zabývají řečí dětí s mentální retardací, dokazují, že poruchy řeči jsou u nich několikanásobně častější než u intaktní populace.

Lechta (2002) uvádí, že řeč dětí s mentální retardací je výrazně narušena. Narušená komunikační schopnost patří u dětí s mentální retardací mezi nejvýraznější projevy.

Révay a kol. (1979 In: Lechta 2002) konstatuje, že ve skupině dětí, které trpí mentální retardací, našli u dětí s lehkou mentální retardací 86,5% poruch řeči, u dětí se střední mentální retardací 95,4% poruch řeči a u dětí s těžkou mentální retardací až 100% poruch řeči.

Matulay (1989 In: Lechta 2002) píše o 80 – 85% mentálně postižených s poruchou řeči.

V našem průzkumu jsme zaznamenali, že na Základní speciální škole Blansko trpí narušenou komunikační schopností všech 35 (100%) dětí.

Údaje se blíží k procentům, které udává literatura, ale na základě malého počtu průzkumného vzorku nelze průzkumnou otázku přesněji vyhodnotit a je nutné pokračovat v průzkumu.

Z této průzkumné otázky vyplývá, že řeč u dětí s mentální retardací je značně narušena a vývoj řeči opožděný. Záleží také na stupni, typu nebo formě mentální retardace.

3. Průzkumná otázka: Jaké typy narušené komunikační schopnosti se vyskytují u dětí s mentálním postižením na Základní speciální škole Blansko.

V literatuře se o jednotlivých typech narušené komunikační schopnosti u dětí s mentálním postižením píše velmi málo.

Literatura Lechta (2002) uvádí, že nejčastějšími typy narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací jsou: opožděný vývoj řeči (přibližně u 100% dětí s mentální retardací), dyslalie (kolem 70% u dětí s mentální retardací), dysartrie, rinolálie (asi u 25% dětí s mentální retardací), koktavost (od 3,7 – 26% u dětí s mentální retardací), breptavost (od 0,3 – 19,6% u dětí s mentální retardací) a poruchy hlasu.

Z dotazníků, které vyplnili třídní učitelé na Základní speciální škole Blansko, jsme získali údaje o narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací. Nejrozšířenějším druhem narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na této škole byl opožděný vývoj řeči (44%) a dyslalie (44%), kterými trpí 35 dětí. Vyskytly se i jiné druhy narušené komunikační schopnosti menšího rozsahu. Dysartrií a koktavostí trpěly 4 (5%) děti, 1 (1%) dítě trpělo rinolálií a jedno (1%) poruchou hlasu. Ostatní druhy narušené komunikační schopnosti breptavost, palatolálie, dysartrie, mutismus a jiné se u dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko podle vyhodnocených dotazníků nevyskytovaly.

V našem průzkumu jsme zjistili, že výskyt nejčastějších typů narušené komunikační schopnosti souhlasí s konstatováním Lechty (2002).

4. Průzkumná otázka: Jak a jak často je zabezpečená logopedická péče na Základní speciální škole Blansko.

Na Základní speciální škole Blansko je logopedická péče zajištěna školní logopedkou paní Mgr. Michaelou Kopeckou Barkerovou. Děti mají též možnost ještě navštěvovat i logopeda soukromého. Školního logopeda navštěvuje 35 dětí a jedno dítě navštěvuje školního i soukromého logopeda. Logopedická péče je zajištěna individuálně dle potřeby každého dítěte.

Tato průzkumná otázka v rámci našeho průzkumu naznačuje, že pravděpodobně je logopedická péče o děti s mentálním postižením zabezpečena skoro u všech dětí na 100%.

ZÁVĚR

Mentálně retardovaní tvoří jednu z největších skupin mezi postiženými. Jejich počet stoupá, není přesně znám, zejména z důvodu dodržování lékařského tajemství. Přítomnost mentální retardace se u běžné populace odhaduje asi na 3%.

Rozvoj komunikace je závislý na stupni mentálního postižení jedince a na faktorech, které ovlivňují jeho vývoj. Mentálně postižený jedinec nedosáhne ve vývoji řeči normy, omezená je stránka zvuková, gramatická či obsahová stránka řeči. Speciální péčí můžeme dosáhnout určitých pokroků, či posunu ve vývoji vpřed, ale nikdy mentálně postižené dítě nedosáhne takového stupně vývoje, aby jeho řeč odpovídala gramatické, obsahové a artikulační jazykové normě.

Při komunikaci s mentálně postiženým jedincem musíme počítat s menší slovní zásobou, artikulačními vadami a gramatickými problémy. Schopnost komunikace je v případě mentálně postižených ovlivněna vždy, i když v závislosti na individuálních zvláštностech postiženého jedince. V dnešní době jsou její možnosti na vysoké úrovni. Každý jedinec musí zvážit a vybrat si takový způsob komunikace, který mu nejvíce vyhovuje. Komunikaci lze chápat jako výměnu informací.

Každý mentálně postižený jedinec trpí narušenou komunikační schopností. Důležití jsou rodiče, kteří by měli již od malička dítě učit mluvit. Nejdůležitější je správná a včasná diagnostika narušené komunikační schopnosti. Komunikace s mentálně postiženým jedincem je velmi složitá, ale při správně zvoleném způsobu dobře zvladatelná. Komunikace s mentálně postiženým jedincem vyžaduje určitou míru trpělivosti a přizpůsobení.

Cílem mé práce bylo zmapovat výskyt typů narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko a zjistit, kolik dětí celkem trpí narušenou komunikační schopností. V našem okrese Blansko jsem nenašla žádné informace o výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací, které navštěvují Základní speciální školu.

Kvantitativní průzkum byl proveden metodou dotazníkového šetření na Základní speciální škole Blansko. Během šetření bylo zjištěno, že 100% dětí s mentální retardací trpí narušenou komunikační schopností. Mentálně postižené dítě může mít i dvě a více typů narušené komunikační schopnosti. Každé dítě s mentální retardací trpí

opožděným vývojem řeči, pak následuje dyslalie, dysartrie, rinolálie, koktavost a porucha hlasu.

Domnívám se, že bychom se měli dětem s mentální retardací a narušenou komunikační schopností věnovat tak, jak se jim věnují všichni pedagogové a zaměstnanci Základní speciální školy Blansko. Na škole je úžasná „rodinná“ atmosféra. Dle mého názoru by byla velká škoda zrušit Základní speciální školy a děti integrovat do běžných škol. Myslím si, že v běžné škole těmto dětem nebude poskytnuta taková péče, jako v Základních speciálních školách. Budou postrádat individuální, laskavý přístup a zkušenosti kvalifikovaných pedagogů.

Přínos bakalářské práce vidíme v prvotních informacích, které popisují procentuální zastoupení typů narušené komunikační schopnosti u dětí s mentálním postižením. Pro praxi to znamená, že každé dítě s mentálním postižením a s narušenou komunikační schopností potřebuje logopedickou péči.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BALAŠOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského s.r.o., 2002. 84 s. ISBN 80-86723-05-4.

BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In: PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

ČADILOVÁ, V., H. JŮN a K. THOROVÁ a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. 192 s. ISBN 80-902536-2-8.

FUKANOVÁ, V. Koncepce logopedické péče. In: ŠKODOVÁ, E. a I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2003. s. 45-49 ISBN 80-7178-546-6.

HROMKOVÁ, D., J. HUK a J. KLUGEROVÁ a kol. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2012. 67 s. ISBN 978-80-7452-024-2.

JEDLIČKA, I. Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu. In: ŠKODOVÁ, E. a I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2003. s. 427-436 ISBN 80-7178-546-6.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. 94 s. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998. 101 s. ISBN 80-85931-62-1.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2002. 192 s. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, V. Základní vymezení pojmu logopedie. In: ŠKODOVÁ, E. a I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2003. s. 17-27. ISBN 80-7178-546-6.

NEUBAUER, K. Narušení článkování řeči. In: ŠKODOVÁ, E. a I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2003. s. 303-327. ISBN 80-7178-546-6.

PIPEKOVÁ, J. ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SLOVÁK, M. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1978.

SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1978. 327 s.

ŠKODOVÁ, E. a I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2003. 612 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.

THOROVÁ, K. Pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace a syndromy pojící se s mentální retardací. In: ČADILOVÁ, V., H. JŮN a K. THOROVÁ a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 11-53. ISBN 978-80-7367-319-2.

VALENTA M. a O. MÜLLER. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta s.r.o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

LECHTA, V. a kol. *Logopedické repertorium: teoretická východiska současnej logopedie. moderné prístupy*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. 278 s. ISBN 80-08-00447-9.

Seznam použitých internetových zdrojů

Základní škola speciální Blansko, Žižkova 27. [online]. [cit. 2013-03-01].

Dostupné z: <http://specialniskola.blansko.net/>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Seznam grafů

Graf 1: Procentuální zastoupení chlapců a dívek s mentální retardací.....	38
Graf 2: Rozdělení dětí podle typu školy	40
Graf 3: Rozdělení dětí v jednotlivých třídách	41
Graf 4: Počet dětí s lehkou, střední a těžkou mentální retardací	43
Graf 5: Rozdělení dětí s narušenou komunikační schopností	44
Graf 6: Typy NKS vyskytující se u dětí s mentální retardací	46
Graf 7: Typy NKS vyskytující se u chlapců s mentální retardací	46
Graf 8: Typy NKS vyskytující se u dívek s mentální retardací	47
Graf 9: Zabezpečení logopedické péče	50
Graf 10: Návštěvnost dětí u logopeda	50

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled počtu chlapců a dívek na Základní speciální škole Blansko	37
Tabulka 2: Procentuální zastoupení chlapců a dívek s mentální retardací.....	38
Tabulka 3: Přehled věkového zastoupení dětí	39
Tabulka 4: Rozdělení dětí podle typu školy.....	39
Tabulka 5: Počet dětí v jednotlivých třídách	40
Tabulka 6: Rozdělení dětí s lehkou, střední a těžkou mentální retardací	43
Tabulka 7: Počet dětí s narušenou komunikační schopností	44
Tabulka 8: Typy narušené komunikační schopnosti (NKS) vyskytující se u dětí s mentální retardací	45
Tabulka 9: Typy NKS vyskytující se u chlapců a dívek s mentální retardací	46
Tabulka 10: Zabezpečení logopedické péče	48
Tabulka 11: Návštěvnost dětí u logopeda.....	49
Tabulka 12: Počet dětí nenávštěvujících logoped.....	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B – Základní speciální škola Blansko	III

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Dotazník pro třídní učitele

1. Kolik dětí je ve třídě?

celkem z toho chlapců
děvčat

2. Kolik dětí celkem trpí mentální retardací (MR)?

.....

3. Kolik chlapců trpí MR?

.....

4. Kolik děvčat trpí MR?

.....

5. Kolik dětí trpí: lehkou MR

celkem z toho chlapců
děvčat

střední MR

celkem z toho chlapců.....
děvčat

těžkou MR

celkem z toho chlapců
děvčat

6. Kolik se zde nachází dětí s narušenou komunikační schopností (NKS)?

.....

7. Kolik chlapců trpí NKS?

.....

8. Kolik děvčat trpí NKS?

.....

9. Jaký typ školy navštěvují: Základní praktická škola
Základní speciální škola

10. Jaký typ třídy navštěvují: praktickou
speciální

11. Kolik chlapců a děvčat trpí:

	celkem	z toho chlapců	z toho děvčat
- opožděným vývojem řeči
- mutismem
- dyslálií
- dysartrií
- rinolálie
- patolálií
- kockavostí
- brebtavostí
- poruchy hlasu
- jiné, uveďte jaké

12. Kolik dětí navštěvuje logopeda?

celkem z toho školního

z toho soukromého

13. Jak často navštěvují logopeda?

1 x za týden

2 x za týden

3 x za týden

1x za 14 dní

1 x za měsíc

14. Kolik dětí nenavštěvuje logopeda?

.....

Příloha B – Základní speciální škola Blansko

Složení školy

Škola má v současnosti 35 žáků. Z toho je 22 chlapců a 13 dívek ve věku od 7 do 20 let. Pedagogický sbor má ředitelku, šest učitelů, devět vychovatelů, tři asistenty pedagoga, jednu fyzioterapeutku. Jeden učitel pracuje ve třídě praktické školy. Dalším členem pedagogického sboru je jeden speciální pedagog – logoped, který zajišťuje individuální logopedickou péči a koordinuje systém ucelené rehabilitace.

V každé třídě je jeden vychovatel, který pracuje v součinnosti s učitelem. Ve školní družině pracují tři vychovatelé. Ostatní vychovatelé se střídají v týdenních ranních či odpoledních směnách na internátě školy, kde je stálá vychovatelka na noční služby. Tři asistenti pedagoga pomáhají v rehabilitačních třídách pomocné školy.

Ve škole pracuje i fyzioterapeutka, která se stará o individuální a skupinovou fyzioterapii žáků a je součástí systému ucelené rehabilitace. Ve speciálně pedagogickém centru jsou zaměstnány čtyři odborné pracovnice.

Všichni pedagogičtí pracovníci mají možnost dalšího vzdělávání, zejména v oblasti specifických přístupů ve vzdělávání žáků s tělesným nebo kombinovaným postižením. Zaměřují se na vzdělávání v oblastech práce s výpočetní a komunikační technikou.

Základní praktická škola

V základní škole praktické jsou vzděláváni žáci dle Školního vzdělávacího programu „Počítejte s námi!“ Povinná školní docházka je devítiletá. Po ukončení povinné školní docházky získávají žáci základní vzdělání.

Vyučování probíhá ve vyučovacích blokách. Bloky jsou rozděleny na činnosti vycházející z rozvrhu hodin. Během vyučování působí ve třídě současně dva pedagogičtí pracovníci – učitel a vychovatel. Všichni žáci mají vypracovaný individuální vzdělávací plán a ve všech výchovně vzdělávacích činnostech je uplatňován individuální přístup. Během dne jsou žáci zapojováni do systému ucelené rehabilitace.

Základní speciální škola

V základní škole speciální jsou ve třech třídách žáci vzděláváni podle Školního vzdělávacího programu „Počítej s námi II!“ a končícího Vzdělávacího programu pomocné školy. Docházka do základní školy speciální trvá deset let. Po ukončení získávají žáci základy vzdělání.

Výchova i vzdělávací činnosti jsou zaměřené na poskytování elementárních vědomostí, dovedností a vytváření návyků, které umožní dětem integraci do běžného života. Žáci si zde rozvíjí psychické a fyzické schopnosti spolu s respektováním individuálních zvláštností žáků.

V každé třídě je třídní učitel, vychovatel a asistent pedagoga. Ve třídách se pracuje podle individuálních vzdělávacích plánů vypracovaných pro každé dítě. Žáci se dle svých schopností účastní různých terapií, které škola nabízí.

V základní škole speciální jsou také ve dvou třídách vzděláváni žáci podle školního vzdělávacího programu „Počítej s námi II!“ a končícího Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy. Zde je ve třídě také třídní učitel, vychovatel a asistent pedagoga. Žáci jsou též vzděláváni podle individuálních vzdělávacích plánů. Do nichž je také zahrnuta logopedická péče, rehabilitace, canisterapie a jsou využívány speciální programy míčkování, baby masáže, aromaterapie a další.

Při výchově a vzdělání se klade důraz na rozvoj sociability, sebeobsluhy, smyslového vnímání, rozumových schopností, komunikace, řeči, hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky. Žáci se účastní canisterapie, hipoterapie, smyslové výchovy ve snoezelenu, logopedie a rehabilitace.

Internát školy

Kapacita je 11 ubytovaných žáků. Internát je zřízen pro žáky, kteří nemohou denně dojíždět. Rodiče předávají žáky vychovatelkám pondělí ráno, zároveň jim předají i léky a věci pro osobní potřebu. Po ukončení vyučování se žáci stravují ve školní jídelně a jsou předáni svým vychovatelkám. Vychovatelky se dětem věnují celý týden a ve 20.00 hodin přebírá žáky noční asistentka pedagoga, která se stará o podávání léků, pomáhá při osobní hygieně a pečuje o žáky v době nočního klidu. V pátek si žáky vyzvedávají rodiče nebo pověřené osoby uvedené v zápisním lístku.

Internát zajišťuje plánovitou, systematickou výchovu žáků po ukončení vyučování, nahrazuje žákům rodinu. Velký důraz je kladen na upevnění hygienických návyků, sebeobsluhu, slušné chování, přípravu do vyučování.

Školní družina

Kapacita je 18 žáků ve třech odděleních. Provoz školní družiny je denně od 12.00 do 16.00 hodin. Děti si hrají, odpočívají, procvičují jemnou a hrubou motoriku, chodí na školní zahradu a na procházky. Všechny činnosti jsou přizpůsobeny individuálním zvláštnostem, potřebám dětí.

Systém ucelené rehabilitace

Všichni žáci navštěvující tuto školu jsou zařazeni do systému ucelené rehabilitace, který se skládá z fyzioterapie, individuální logopedické péče, canisterapie, hipoterapie, arteterapie. Četnost jednotlivých terapií se u žáků mění v závislosti na vývojovém stupni dítěte, míře postižení, doporučeních odborných lékařů a individuálních schopnostech každého žáka.

Rehabilitace – škola poskytuje v rámci nadstandardních terapií cílenou rehabilitační péči. Rehabilitace provádí registrovaný fyzioterapeut. Terapie jsou doporučeny odbornými lékaři a důraz je kladen na individuální tělesné a mentální schopnosti a možnosti dětí. Jedná se o procedury jako je vodoléčba, elektroléčba, rašelinové zábaly, formy suchého tepla, klasické masáže, míčkové facilitace, speciální léčebné terapie a techniky manuálních či neurofyziologických. Do vybavení rehabilitace patří míče, overbally, balanční plošiny, chodítka, vertikalizační stojan, motomed, terapi master.

Canisterapie – do školy dochází čtyři psůvodi, dva psi a jedna fena plemene Flat coated retriever a jedna fena plemene Anglický setr. Psi jsou pod pravidelnou veterinární kontrolou a každé tři roky skládají zkoušky. Jedná se o individuální či skupinovou canisterapii. Při skupinové terapii dochází k podpoře celkového psychomotorického vývoje, rozvoji jemné a hrubé motoriky, orientaci v prostoru, komunikaci, koncentraci, citové a volní složky, sociálního citění, rozvoji sebevědomí, sebepřijetí, myšlení a poznávání. Při individuální terapii dochází k polohování se psy –

prohřátí, uvolnění, relaxace a příprava na následnou fyzioterapii. Terapie jsou vytvářeny školní fyzioterapeutkou a psychologem.

Smyslová výchova ve snoezelenu – škola je vybavena multisenzoriální místností, která se nazývá snoezelen. Při pobytu v něm se navozuje příjemná a bezpečná atmosféra. Dítě se uvolní, lépe se koncentruje a spolupracuje. Je zde použito prvků bazální stimulace. Snoezelen je vybaven vyhřívaným a ozvučeným vodním lůžkem, mnoha světelnými a zvukovými efekty, zrcadlovou stěnou a dalšími pomůckami sloužících na dotykovou terapii, aromaterapii, muzikoterapii.

Arteterapie a práce ve výtvarném atelieru a keramické dílně – využívá se nejen v rámci pracovní a výtvarné výchovy, ale i samotné arteterapie pod vedením vysokoškolsky vzdělaného arteterapeuta. Cílem výtvarné činnosti je kultivace estetického vkusu žáků ke vztahu k sobě i k okolí, rozvoj vnímání, senzibility, fantazie, tvořivosti, posilování sebevědomí a samostatnosti. Cílem je také relaxace, odreagování a uvolnění se. Pracuje se s vodovými, temperovými barvami, barvami na sklo a textil, využívají se různé techniky a materiály.

Hipoterapie – je žákům doporučena ortopedem. Žáci navštěvují pracoviště sdružení Piafa ve Vyškově a pracoviště sdružení Epona v Hostěnicích. Každý žák má vytvořen individuální plán. Přispívá k psychomotorickému rozvoji žáků.

Speciálně pedagogické centrum

Ve speciálně pedagogickém centru v Základní speciální škole Blansko jsou zaměstnány čtyři odborné pracovnice.

Speciální pedagog

Speciálně pedagogická péče je v centru zaměřena:

- celkový psychomotorický vývoj žáka při pravidelných návštěvách, individuální výuku, vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí v rodině, stacionáři či v centru, konzultace s rodinnými příslušníky
- vyšetření žáků potřebné pro rozhodnutí o zařazení do školy, doporučení vzdělávacího programu
- vyšetření žáků potřebné k odkladu školní docházky

- příprava a tvorba individuálních vzdělávacích plánů pro žáky, kteří plní povinnou školní docházku jiným způsobem a kteří jsou vzděláváni speciálním pedagogem Speciálně pedagogického centra
- zabývá se integrací žáků do škol, vybranou školu osobně navštěvuje speciální pedagog a konzultuje potřeby žáka s učiteli dané školy včetně potřebnosti asistenta pedagoga
- poskytuje pomoc při vypracování individuálního vzdělávacího plánu pro integrovaného žáka
- poskytuje metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům a rodičům

Sociální pracovnice

- zajišťuje kontakt zákonných zástupců žáka se speciálním pedagogem či psychologem
- zaměřuje se a provádí sociální šetření v rodinách, podává informace rodinným zástupcům o možnostech příspěvků, na které má rodina zdravotně postiženého žáka nárok a pomáhá s jejich vyřizováním

Psycholog

- provádí vyšetření žáků pro rozhodnutí o zařazení do školy, doporučuje vzdělávací program
- provádí vyšetření žáků potřebné při rozhodování o volbě povolání
- provádí vyšetření dětí potřebné k odkladu školní docházky
- provádí krizovou intervenci
- zprostředkovává kontakt na odborníky a odborná pracoviště, která jsou specializovaná na individuální, rodinnou či skupinovou terapii
- vypracovává odborné posudky potřebné ke správnému řízení
- poskytuje metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům či rodičům

Logoped

- provádí konzultace s rodiči žáků
- provádí vyšetření žáků potřebné pro rozhodování o zařazení do školy, doporučuje vzdělávací program

- provádí vyšetření dětí potřebné pro odklad školní docházky
- specializuje se na logopedickou péči, odstraňuje poruchy komunikace zdravotně postižených žáků, poskytuje metodickou pomoc v logopedické péči ve speciálních školách, školách s integrovanými zdravotně postiženými žáky
- pomáhá při integraci žáků do škol, školu navštěvuje a konzultuje s učiteli potřeby žáka včetně potřebnosti asistenta pedagoga
- poskytuje pomoc při vypracovávání individuálního plánu pro integrovaného žáka
- poskytuje metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům či rodičům žáků

Základní škola speciální Blansko, Žižkova 27. [online]. [cit. 2013-03-01].

Dostupné z: <http://specialniskola.blansko.net/>



Popis dějových obrázků s přiřazením názvu



Pracovní prostor



Logopedické pomůcky



Kolektivní canisterapie

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Martina Pitnerová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací na Základní speciální škole Blansko

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 10

Počet titulů českých použitých zdrojů: 22

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Dana Buntová, Ph.D.